5535

ENCYCLOGRAPHIE

DES

SCIENCES MÉDICALES.

TOME DIXIÈME (2me SÉRIE.)

OCTOBRE 1836.

BRUXELLES,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE.

1836.

BULLETIN MÉDICAL

BELGE,

RÉDIGÉ

PAR UNE SOCIÉTÉ DE MÉDECINS,

ET PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE

J.-R. MARINUS,

DOCTEUR EN MÉDECINE, SECRÉTAIRE-ADJOINT DE LA SOCIÉTÉ DES SCIENCES MÉDICALES ET NATURELLES DE BRUXELLES, MEMBRE CORRESPONDANT DE L'INSTITUT HISTORIQUE, DE LA SOCIÉTÉ ROYALE DES SCIENCES, LETTRES ET ARTS D'ANVERS, DES SOCIÉTÉS DE MÉDECINE DE LOUVAIN, DE GAND, DE CAEN, DE LA SOCIÉTÉ POLYTECHNIQUE DE PARIS, DE L'ACADÉMIE DE CHIRURGIE D'AMSTERDAM, ETC.

10me LIVRAISON. — OCTOBRE 1836.

BRUXELLES,

ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE.

1836.

BULLETIN MEDICAL BELGE.

N° 10. — OCTOBRE 1836.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

—

Hôpital militaire de Namur.

Maladie de Bright : 32 *ans, constitution molle, exposition prolongée à un froid humide, anasarque, urines albumineuses, vomissemens incoërcibles, convulsions, mort apoplectique. — Hypertrophie et dégénérescence des reins, état gélatineux de la muqueuse stomacale, ramollissement de la substance cérébrale, infiltration de la méningine.*—Observation recueillie par le docteur Fallot, médecin principal de l'hôpital militaire de Namur, etc., etc.

Landrain, *âgé de* 32 *ans,* grand, gros, mou, *chargé d'embonpoint, yeux bleu-clairs, cheveux blond-cendrés, peau blanche, vivant d'une manière très-irrégulière,* servant depuis environ onze ans, n'a pas eu d'autres maladies, à sa connaissance, que trois fois la vérole. Pendant les trois mois de l'hiver dernier, son temps d'engagement au service étant expiré, il a fait le métier de scieur de long et *a été exposé à toutes les intempéries de la saison.* Ayant remplacé de nouveau, au mois de mai dernier, il a beaucoup bu et s'est considérablement échauffé et fatigué dans un assaut de bâton. Immédiatement après, il s'aperçoit *du gonflement de la face et des extrémités inférieures;* le dernier se dissipa au bout de quelques jours de repos, mais *la bouffissure du visage persista,* et trois semaines après, venant rejoindre son corps, il est tout à fait infiltré. A son entrée à l'hôpital, le 8 juillet 1836, la cavité péritonéale et le tissu cellulaire sous-cutané de tout le corps sont pleins d'eau; respiration gênée, bruyante, expectoration nulle, la poitrine est sonore, mais sur toute la région correspondante aux poumons on entend un râle sous-crépitant; battemens du cœur étendus, profonds; région cardiaque rendant un son mat sur une surface de plusieurs pouces carrés; pouls sans fréquence; langue plate, tantôt nette, tantôt muqueuse; soif variable; urines très-rares, variant de 5 à 7 onces dans les 24 heures, *d'un brun rougeâtre, sales, troubles, se prenant en masse par la chaleur et déposant, par l'affusion de l'acide nitrique, des flocons blancs, dont la quantité équivaut à la moitié au moins de celle totale des urines. Le malade n'a jamais senti de mal aux reins;* il ne témoigna aucune sensibilité à l'exploration qui en fut faite avec la plus scrupuleuse attention. Les substances hydragogues, telles que digitale, scille, acétate d'ammoniaque liquide, sur-tartrate de potasse soluble, baies de genièvre, éther nitrique alcoolisé, calomelas, jalap, aloës, diagrède, excitent toutes indistinctement des vomissemens sans augmenter les urines. Il en est de même des alimens, quoique choisis parmi les féculens. Le malade ne prend pas un repas dont il ne rende au moins une partie. Le raifort sauvage (cochléaria armoracia, L.) est supporté, mais n'exerce aucune influence sur la quantité ni la qualité des urines : il en est de même des bains, à l'usage desquels le malade répugne, à cause de la fatigue que lui cause toute espèce de mouvement.

Le 18 août, attaque violente d'épilepsie, convulsions affreuses; le malade mâche impitoyablement sa langue; à l'accès succède un délire furieux; c'est avec peine que plusieurs infirmiers peuvent le contenir, ses forces semblent décuplées. On combat cet état par douze sangsues aux apophyses mastoïdes, un épithème froid sur la tête, et des vésicatoires aux jambes, mais il ne cesse qu'après l'administration d'une potion laudanisée. Au sortir du sommeil long et tranquille qui a suivi l'agitation, le malade ne se rappelle rien de ce qui s'est passé. Sa langue est violette, prodigieusement gonflée, déborde l'arcade dentaire. On y fait de profondes scarifications.

L'écoulement fort abondant de sérosité qui a lieu incessamment par les plaies des vésicatoires est suivi d'une diminution manifeste de l'œdème des extrémités inférieures, du râle et de la dyspnée (j'oublie de dire que chaque fois que celle-ci était suffocante, j'étais parvenu à la soulager par quelques gouttes d'éther), expectoration séro-sanguinolente, abondante et fétide. Toute l'atmosphère de la chambre dans laquelle on a isolé le malade est imprégnée d'une odeur ammoniacale très-pénétrante, et que ne masquent que fort imparfaitement les aspersions répétées de chlorure alcalin; pouls régulier, soif modérée, désir prononcé d'alimens et surtout de boissons stimulantes (bouillon de bœuf; vin blanc, 25 centilitres). — Pendant quelques jours l'écoulement des eaux par les surfaces dénudées continue, les urines augmentent un peu, en conservant toutefois le même caractère, et la peau s'humecte légèrement; mais les vomissemens continuent, quoique aucun médicament ne soit administré et que les alimens soient vivement appétés. Le malade est plein d'espoir, quand, le 31 août, immédiatement après un léger repas, fait avec une cuisse de poulet, il éprouve un violent frisson; suppression complète des urines et accroissement incroyablement rapide de l'anasarque; respiration suffocante; vomissement de tout ce qui est ingéré; gangrène dans la rainure fes-

sière qui s'étend avec rapidité ; sensation intolérable de froid intérieur, quoique la peau soit brûlante ; pouls profond, petit ; battemens du cœur irréguliers. Le lendemain, selles involontaires, ou plutôt écoulement continuel par l'anus d'une matière putrilagineuse, sanglante. Violentes convulsions, coma, respiration stertoreuse, abolition complète des facultés de relation. Mort.

Nécropsie, 15 heures après la mort.

Habitude extérieure.—Sphacèle interfessier ; infiltration sous-cutanée générale.

Appareil sensitif interne. — Pendant l'enlèvement du crâne, il s'écoule un peu de sérosité du canal rachidien. La pie-mère et les ventricules cérébraux en contiennent également ; la substance cérébrale est d'une mollesse extrême, surtout le corps strié gauche où le doigt pénètre comme dans du saindoux.

Appareil respiratoire.—Les poumons sont libres dans leurs cavités, qu'ils remplissent ; ils se distinguent par l'abondance de leur matière noire ; à la pression il s'en écoule une prodigieuse quantité de sérum limpide rougeâtre ; dans les grosses bronches on trouve un peu de mucus sanglant.

Appareil circulatoire.—Le cœur, d'un tiers plus gros que dans l'état ordinaire, nage dans une grande quantité de sérum limpide qui distend le péricarde et rejette en dehors le bord tranchant du poumon ; le ventricule gauche est hypertrophié ; les cavités droites considérablement dilatées et amincies. On trouve dans l'oreillette une petite concrétion gélatineuse molle : la substance elle-même du cœur a la couleur de veau lavé ; les valvules sont saines.

Appareil digestif et annexes.—L'estomac est au tiers rempli d'un liquide verdâtre, trouble, grumeleux ; sa membrane interne est d'un gris bleuâtre, elle est d'une consistance gélatineuse et se sépare de la moyenne par le simple racler ; c'est dans le grand cul-de-sac que le ramollissement est le plus avancé ; la muqueuse y présente une couleur d'un vert sombre, piqueté d'innombrables points jaunes extrêmement petits et rapprochés. Le tube intestinal contient, dans tout son trajet, une bouillie verdâtre, putrescente ; sa membrane interne est d'un gris-ardoisé ; elle est épaissie dans plusieurs endroits ; les plaques de Peyer sont fortement dessinées, il y en a de plusieurs pouces de longueur : dans le cinquième inférieur de l'intestin grêle on rencontre du sang libre, et d'autre mêlé aux excrémens contenus dans l'iléon : des portions de membrane muqueuse pointillées et maculées en rouge, marquent les zones où son exhalation a eu lieu ; près de la valvule iléo cœcale la membrane est ulcérée ; dans le gros intestin elle est de nouveau grisâtre et parcourue de nombreuses arborisations rouges. Le foie est sain ; la rate petite, gorgée de sang noir, fluide.

Appareil urinaire. — Les deux reins sont d'un bon tiers plus gros que dans l'état naturel ; le gauche, cependant est un peu plus volumineux que le droit ; leurs scissures sont largement ouvertes. Dégorgés dans l'eau, dégagés de leur membrane propre, qui se détache avec la plus grande facilité, séparés des vaisseaux et des uretères, ils pèsent huit onces chacun. L'un et l'autre ont beaucoup perdu de leur fermeté naturelle. Leur surface externe est d'un blanc-jaunâtre, pointillée, tachetée, vergetée et très-finement veinée en rose-pâle : fendus dans toute leur longueur, on remarque que la substance corticale est d'un blanc-rosé, plus pâle encore à gauche qu'à droite et tranchant sur la couleur rouge de la substance tubuleuse. La coupe est nette et parfaitement lisse ; nulle trace de granulations : l'œil n'y aperçoit et le doigt n'y reconnaît aucune inégalité résultant de la ligne de démarcation des deux substances. La graisse y est abondante. Le bassinet est d'un blanc-nacré, épaissi et opaque. La vessie est de grandeur normale ; sa membrane interne a la teinte du bassinet.

Réflexions. — C'est pour la première fois que la néphrite albumineuse se présente à mon observation ou que je l'observe au moins avec connaissance de cause ; et encore, j'en fais l'aveu, sa découverte a-t-elle été due à une circonstance fortuite, celle que la maladie s'est présentée dans un moment où nous nous livrions à une étude clinique des urines. Sans cela, celle du centre circulatoire étant une fois reconnue, je n'aurais pas cherché ailleurs la cause de l'anasarque et il est douteux qu'après la mort même l'état des reins eût été apprécié à sa juste valeur ; celui du cerveau, du cœur et des poumons étant suffisant pour rendre compte des symptômes observés pendant la vie.

Je m'estime heureux de la coïncidence qui m'a fait découvrir sa véritable nature, non-seulement à cause de l'instruction dont elle a été la source pour moi et pour mes collaborateurs, mais parce qu'elle me donne l'occasion de fournir à la science un nouvel exemple d'une affection jusqu'à présent trop peu connue et étudiée, et dont l'histoire laisse encore de grandes lacunes qu'on ne peut espérer de voir remplir qu'en recueillant de nouvelles observations et les rapprochant de celles qui déjà ont été publiées.

On sait que, quoique la présence accidentelle de l'albumine libre dans les urines eut déjà été reconnue et signalée par quelques médecins du siècle dernier, c'est au commencement de celui-ci seulement que fut démontrée la corrélation qui existe entre certaines hydropisies et l'état albumineux des urines rendues par les malades qui en sont atteints : jusques-là toutefois la cause organique de ces hydropisies était restée ignorée, et ce n'est que dans ces dernières années (1827) qu'une altération particulière des reins fut signalée comme celle de la sécrétion d'urines albumineuses et les rapports entre elle et des collections séreuses, tantôt partielles, tantôt et le plus souvent générales, déterminés avec précision.

Il n'entre pas dans mon plan de tracer l'historique de cette intéressante découverte, je ne pourrais que copier ce qui se trouve ailleurs et que mes lecteurs connaissent aussi bien que moi ; ni de fixer l'état de nos connaissances sur ce point de pathologie. Je renvoie à l'excellent article inséré dans la Gazette médicale de

Paris du mois dernier (juillet 1836), reproduit dans le tome VIII de l'*Encyclographie des Sciences Médicales*: je me borne à présenter quelques considérations concises à l'occasion du fait que je viens de décrire.

J'ai souligné dans l'histoire même, afin de ne pas être forcé d'y revenir, les conditions où se trouvait *Landrain* antérieurement à l'explosion de sa maladie, son âge, son tempérament, son genre de vie, sa profession qui l'avait exposé pendant tout l'hiver au froid humide; et l'on est frappé de la réunion des principales d'entre celles signalées par les auteurs comme causes de la néphrite albumineuse. Nous ne voudrions cependant pas qu'on y attachât plus d'importance que nous ne la croyons mériter. Tout physiologiste conçoit aisément que l'action supplémentaire à laquelle le froid humide aura forcé les reins en diminuant les sécrétions cutanées, y aura entretenu une fluxion, que par son intensité ou sa durée aura troublé leurs fonctions, et au lieu de sels dissous dans du sérum ne leur aura fait séparer du sang que de l'albumine. Mais que d'individus soumis à l'influence de l'humidité froide et remplissant du reste les mêmes conditions de tempérament et d'âge que *Landrain* et chez lesquels la néphrite calculeuse ne se sera pas développée! Ici de nouveau, comme pour presque toutes les autres affections morbides, faut-il admettre une prédisposition organique spéciale et, dans l'espèce, malheureusement insaisissable, sans l'existence de laquelle les causes pathotégéniques n'auraient pas produit le même effet?

En faisant attention à la constance avec laquelle la présence de l'albumine libre dans les urines s'accompagne d'hydropisie, on est naturellement conduit à reconnaître, entre ces deux faits, des rapports de filiation. Quels sont-ils? Je n'hésite pas un seul instant à adopter la première partie de l'hypothèse infiniment plausible que M. le docteur Sabatier a imaginée pour les expliquer (1). Il est généralement connu que, toutes les fois que le sang a perdu de sa densité, comme après de longues maladies, des évacuations soudaines et abondantes de sang, les œdèmes, surtout ceux des extrémités inférieures, sont fort communs. M. Sabatier remarque encore, et avec non moins de raison, que, *dans les maladies où le sang, soit primitivement, soit consécutivement, a subi une altération dans sa composition chimique, altération consistant surtout dans la diminution de la fibrine et de la matière colorante et l'augmentation proportionnelle du sérum, on voit se développer des infiltrations séreuses du tissu cellulaire, en même temps que des ecchymoses ou suffusions sanguines se forment parfois dans l'épaisseur des tissus ou des membranes muqueuses.* Tous les auteurs qui ont écrit sur les fièvres intermittentes ont fait mention de la tendance aux hydropisies qu'elles laissent après elles; je l'ai attribuée à la dissociation des molécules constituantes du sang, à l'altération que subit sa masse par suite du trouble apporté aux fonctions de la rate (1).

Mais je ne le crois pas également fondé à dire *qu'en vertu de cette même modification du sang*, savoir, la diminution de l'albumine dans le sérum, *l'absorption veineuse serait moins active*. En effet, il me semble démontré par les expériences les plus multipliées et les plus concordantes, que l'absorption est d'autant plus prompte et plus complète que les matières à absorber sont plus aqueuses et plus simples; et pourquoi dans l'espèce y aurait-il une exception à la règle générale? On sait avec quelle facilité l'eau est absorbée; on connaît les expériences tentées à l'école d'Alfort sur l'absorption pulmonaire et on se souvient des quantités réellement énormes qu'on pouvait injecter dans les bronches sans crainte de suffocation. On se rappelle le traitement proposé par Cadet de Vaux pour le rhumatisme, consistant dans l'*ingurgitation coup sur coup* d'eau tiède et la rapidité avec laquelle cette eau était absorbée et éliminée du corps par les sueurs et les urines. Je ne connais aucun fait qui viendrait à l'appui de l'idée que le sérum chargé d'albumine soit un excitant plus énergique des vaisseaux absorbans que celui qui en est privé. On voit qu'il y en a, au contraire, beaucoup en faveur de l'opinion opposée. Quand, après de longues maladies ou de grandes pertes sanguines, l'absorption est languissante, c'est dans l'affaiblissement simultané de tous les agens centripètes qu'il faut en chercher l'explication. N'est-il pas plus probable que dans l'hydropisie symptômatique de la néphrite albumineuse, la paresse de l'absorption est due à la pléthore tant lymphatique que sanguine? En effet, comme M. Sabatier l'a démontré victorieusement contre M. Christison et ceux qui adoptent l'opinion de ce médecin, ce n'est pas le sérum du sang ni une certaine quantité même de ce sérum qui passe en nature dans les urines, c'est seulement une partie de l'albumine de ce sérum. Or, dans les hydropisies dont nous traitons, la sécrétion de l'urine est considérablement diminuée ou, pour mieux dire, presque réduite à rien. La masse sanguine reste donc chargée de tout ce dont les reins avaient charge de la débarrasser; il doit en résulter pour les vaisseaux un état de plénitude, et M. Magendie a incontestablement prouvé que cette seule circonstance, sans avoir égard au contenu des vaisseaux, est le plus puissant obstacle à l'absorption.

Quoi qu'il en soit, au reste, de cette explication, qu'on la rejette ou qu'on l'adopte, il n'en est pas moins vrai qu'un des moyens qui *échoue le moins* dans le traitement de cette hydropisie, c'est la saignée générale et on en retirerait, j'en suis convaincu, bien plus d'avantage si, dans le début de la maladie et avant que l'altération des reins est trop avancée, on la mettait en usage avec

(1) (Voyez son intéressant mémoire dans les Archives générales de médecine) juillet 1834), savoir : qu'*appauvri d'albumine le sérum du sang devient plus fluide, plus ténu et peut par cela même pénétrer plus facilement les capillaires artériels.*

(1) *Recherches sur les causes des tumeurs spléniques, consécutives aux fièvres intermittentes.* Bulletin médical belge, 1835.

plus de hardiesse. Si elle n'a pas eu de succès dans le cas à l'occasion duquel ces réflexions sont faites, c'est qu'il y existait telle complication qui devait rendre toute médication infructueuse. Je mets en première ligne le ramollissement gélatineux de l'estomac, que le genre de vie du malade, non moins que la persistance des vomissemens pendant toute la durée de son séjour parmi nous, et avant l'emploi même d'aucun moyen hydragogue, me fait considérer comme fort ancien et de beaucoup antérieur à son arrivée à Namur.

Il me reste une seule remarque à faire. Avant son entrée à l'hôpital, il n'avait jamais eu la moindre atteinte d'épilepsie. Je sais bien que l'état de maladie dans lequel l'autopsie nous a montré qu'était le cerveau, peut servir à rendre compte de celle qu'il a éprouvée; cependant nous rencontrons souvent des altérations pareilles chez des individus qui n'en ont jamais été attaqués. Est-ce encore à une prédisposition particulière qu'il faut recourir pour avoir l'explication du fait, ou est-il permis de la demander à la circonstance suivante? La veille du jour, où l'épilepsie se déclara chez *Landrain*, un malade, couché dans la même salle en face de lui, en éprouva une atteinte épouvantable : les paroxysmes se succédèrent de quart-d'heure en quart-d'heure et, se confondant presque par leur durée, se répétèrent pendant la moitié de la journée et ne cédèrent qu'à une médication déplétive et révulsive extrêmement active. Faut-il attribuer ici quelque chose à la force de l'imitation, et la forme sous laquelle la lésion cérébrale s'est traduite au-dehors chez Landrain, a-t-elle été déterminée par elle?

Croup chez un adulte. — Convalescence d'une fièvre grave; angine membraneuse qui envahit le larynx et les bronches. — Insuffisance du sur-sulfate d'alumine d'abord, ensuite d'un traitement antiphlogistique actif. — Mort. — Fausses membranes jusques dans les ramuscules bronchiques. — Observation recueillie à la clinique de M. le docteur Fallot à l'hôpital militaire de Namur, et suivie de quelques réflexions; par M. Tosquinet, D.-M., médecin-adjoint au même hôpital.

Mageste, 22 ans, chasseur à cheval, bien constitué, noir, de taille moyenne, habituellement bien portant, était convalescent d'une bronchite opiniâtre, traitée par les émissions sanguines, les émolliens, les bains et admis à manger les trois-quarts, lorsqu'après s'être imprudemment exposé à un vent coulis, il fut atteint de mal de gorge.

Il ne s'en plaignit cependant pas incontinent et ce ne fut qu'au bout de quelques jours, quand la maladie avait fait des progrès, qu'il demanda des secours. — Sa face est bonne; sa peau fraîche et souple; son pouls égal, sans fréquence; son appétit énergique. — Nous remarquons que le fond de la gorge est d'un rouge obscur et que les deux échancrures du voile du palais sont recouvertes d'une couenne grisâtre et épaisse. La déglutition est peu gênée.

On enduit tout le fond de la bouche de sur-sulfate d'alumine en poudre, mais, quoique cette opération eût été renouvelée fréquemment et continuée pendant deux jours, elle fut loin de conjurer le mal : la douleur et la dysphagie allèrent en augmentant. Le pouls aussi s'agita et la peau prit de la chaleur; c'est ce qui décida M. *Fallot* à lui faire faire une saignée du bras qui produisit un sang couenneux et à faire appliquer à la gorge, à deux reprises, 24 sangsues. Le malade se gargarisait avec de l'eau d'orge et prenait pour tout aliment de la bouillie de farine. Il se trouva incontinent soulagé, mais ce mieux ne fut pas de longue durée et le surlendemain, qui était le 16 août 1836, nous reconnûmes dans la matière de l'expectoration des pseudo-membranes copieuses, molles jusques-là, tomenteuses et grisâtres. On appliqua de rechef des sangsues et on plaça des sinapismes. Dans la journée, il survint de l'enrouement et les matières expectorées devinrent de plus en plus consistantes, membraniformes. Jusques-là cependant il y a peu de dyspnée, mais vers le soir elle augmente et la figure s'altère profondément. A droite, la respiration s'entend d'une manière très-irrégulière; tantôt elle est presque nulle, tantôt claire : il semble qu'il existe un obstacle à la libre entrée de l'air de ce côté. Beaucoup de sang se trouve mêlé aux crachats et dans les fortes expirations le malade en amène de pur dans la bouche; toutefois il ne se doute en aucune manière du danger où il se trouve, aussi se débat-il vivement contre l'ordonnance d'une nouvelle saignée à faire au bras. Elle est faite cependant, et donne un sang qui se sépare bientôt en sérosité jaunâtre, peu abondante et en un caillot en grande partie composé de couenne. Par l'analyse mécanique de douze onces de ce sang nous obtenons trois parties de sérum, six de cruor et trois de couenne inflammatoire. Le soulagement qui s'ensuit est tellement prompt que la dyspnée disparaît et que la nuit du 17 au 18 est fort satisfaisante. Vers trois heures du matin il survient soudain une suffocation et, nonobstant une médication révulsive prompte et énergique, le malade expire quelques minutes après.

Nécropsie. — La muqueuse buccale est en général très-pâle; le voile du palais est mamelonné, la partie moyenne pointillée en rouge, les piliers d'un gris bleuâtre. La muqueuse qui recouvre la luette est épaissie, un petit ulcère à fond grisâtre, exhalant une odeur de gangrène très-pénétrante, occupe une partie de sa face latérale gauche et postérieure. La muqueuse du pharynx a sa couleur naturelle; la laryngienne est rugueuse, marquée de points rouges; les deux ventricules contiennent un pus ténu, grisâtre. La muqueuse trachéale est d'un rouge très-vif, rugueuse, tapissée dans toute son étendue d'une fausse membrane molle. Entre elle et la muqueuse existe par-ci par-là du sang exhalé. La muqueuse bronchique, aussi loin que nous pouvons la suivre, est enflammée, mais nous n'y remarquons pas de rugosités; la fausse membrane gagne profondément dans les conduits aériens jusqu'à leurs 3me et 4me divi-

sions; la bronche du lobe supérieur droit en est complétement obstruée; tout l'arbre bronchique est rempli de mucosités écumeuses sanglantes.

Le poumon droit est libre dans sa cavité et gorgé de sang; le gauche adhère fortement par toute sa surface postérieure à l'aide d'une fausse membrane, ancienne, fort résistante, organisée : il est moins congesté de sang que le droit, mais les bronches contiennent autant de mucus sanglant.

Le ventricule gauche du cœur est concentriquement hypertrophié, les valvules sont saines, la couleur de la membrane interne est naturelle, sa cavité vide. Le ventricule droit est rempli en entier par une concrétion polypiforme qui s'enlace autour des colonnes tendineuses et des valvules, remplit en partie l'oreillette du même côté et ne s'énucle que difficilement; la paroi interventriculaire a plus d'un pouce d'épaisseur.

Rien de remarquable dans les autres viscères.

Cette observation nous offre un exemple de croup chez un adulte. Je n'insisterai pas ici sur l'inefficacité du sur-sulfate d'alumine et de potasse et plus tard des émissions sanguines générales et locales contre l'inflammation couenneuse de l'arrière-bouche qui a fini par franchir la glotte, ce qui ne signifie pas que ces médications ne puissent être souvent très-utiles dans ce cas, mais je ferai remarquer qu'ici encore, comme dans tous les cas de croup rassemblés dans le mémoire de M. Louis (Archives générales de Médecine, cahiers de février et mars 1824), la maladie a commencé par le pharynx et s'est étendue de là au larynx et aux bronches. Il est digne d'être noté que, chez les enfans, cette maladie suit presque constamment une marche inverse : elle s'attaque tout d'abord au larynx et aux bronches et, dans les cas rares où elle gagne l'arrière-bouche et les fosses nasales, ce n'est que postérieurement.

On peut voir encore par cette nécropsie jusqu'à quelle profondeur les concrétions albumineuses se forment, combien inutile aurait été la trachéotomie et s'il était possible de détruire ces fausses membranes jusques dans les ramuscules des bronches en *ramonant* leur intérieur, ainsi que l'a proposé M. Trousseau, méthode ou moyen qui, du reste, me semble avoir été apprécié à sa juste valeur par M. Marx dans son mémoire sur les heureux résultats de la trachéotomie et ses insuccès, inséré dans le *Journal des Connaissances médicales*, décembre 1835.

CLINIQUE MÉDICALE DE L'HOPITAL SAINT-PIERRE, A BRUXELLES.

(Service de M. le docteur VAN MONS, Médecin en chef.)

Observation de myélite aiguë, recueillie par M. VANSWYGENHOVEN, élève interne.

La nommée Susanne Vanderpooten, âgée de 52 ans, d'une constitution jadis forte et sanguine, délabrée aujourd'hui par les veilles, les fatigues et par toutes les affections auxquelles est assujétie une mère d'une famille pauvre et nombreuse, s'exposa, il y a six semaines, étant dans un état de transpiration abondante, à une pluie froide et battante. Cette femme, déjà d'un certain âge, ne pouvait sans doute demeurer longtemps, sans ressentir les effets d'une conduite aussi anti-hygiénique. Aussi, dès le lendemain, ressentit-elle un frisson violent, suivi de chaleur et d'une transpiration abondante; à ces phénomènes ne tardèrent pas à succéder des fourmillemens et des picotemens dans les membres inférieurs, accompagnés de contractions spasmodiques et d'élancemens vifs, semblables à ceux que fait éprouver la décharge d'une batterie électrique. La malade éprouvait dans les mêmes parties un grand engourdissement et une impossibilité presque complète de les mouvoir. Elle ressentait aussi une douleur, avec chaleur fort vive dans presque toute l'étendue de la colonne vertébrale.

A tous ces phénomènes vinrent se joindre plus tard de la gêne dans l'acte de la respiration, ainsi que des fourmillemens et des picotemens dans les membres supérieurs. Ces derniers symptômes nous donnent une idée précise de l'ascension de la maladie dans le canal rachidien.

Elle consulta un médecin qui considéra son affection comme rhumatismale, lui fit faire une saignée et lui administra un purgatif sans aucun succès. Un second médecin auquel elle eut recours, lui pratiqua deux saignées, lui prescrivit une potion éthérée, de bains de pieds sinapisés, un emplâtre camphré aux lombes, et trois sangsues à chaque pied sans soulagement.

La malade voyant que ces différens moyens mis en usage depuis six semaines n'amenaient aucune amélioration à son état, se décida à entrer à l'hôpital le 4 janvier 1836.

Tous les symptômes rapportés précédemment existaient au même degré; le pouls était petit, accéléré, parfois irrégulier, la respiration devenait de plus en plus gênée; en un mot la maladie marchait avec une rapidité qu'il devenait urgent d'arrêter ou au moins de ralentir.

La moindre pression sur les apophyses épineuses des vertèbres occasionnait des douleurs insupportables, avec sensation d'une chaleur très-âcre et augmentation de tous les phénomènes de la maladie.

Cet ensemble de symptômes ne nous laissa aucun doute sur l'existence d'une myélite. Quinze ventouses furent appliquées à côté et le long de la colonne vertébrale. Un lavement avec de l'huile de ricin fut également administré à la malade, qui n'avait point eu de selles depuis plusieurs jours.

Le lendemain, Susanne Vanderpooten avait bien passé la nuit, la presque totalité des symptômes éprouvés la veille avaient disparu; deux jours après elle était entièrement guérie.

La pression exercée par les doigts sur la colonne vertébrale dans les cas de myélite, ne détermine pas seulement de la douleur dans la partie de la moelle qui est le siége de la maladie, mais elle exaspère aussi momentanément tous les symptômes de cette affection, tels que crampes, fourmillemens, picotemens, élancemens, etc.

Myélite aiguë. (Observation recueillie par M. Simonart, élève externe.)

Jean Joseph Lebrun, âgé de 25 ans, ouvrier en bronze, d'un tempérament sanguin, fut admis à l'hôpital, le 28 juillet 1836. Vingt jours auparavant, une heureuse nouvelle lui causa une joie excessive, bientôt suivie d'un violent frisson. Le malade ne tarda à ressentir de fortes douleurs dans le dos, des tiraillemens, des fourmillemens et des crampes dans les membres, qui étaient en même temps le siége d'un engourdissement très-prononcé et de quelques mouvemens convulsifs.

La faculté de marcher était entièrement abolie. Ces phénomènes se dissipèrent au bout de trois quarts d'heure, non sans laisser le malade dans un profond accablement; mais ils se répétèrent à deux différentes reprises dans la quinzaine suivante.

Un nouvel accès se manifesta le 24 juillet avec beaucoup plus d'intensité, et accompagné des symptômes d'une gastro-entérite légère. Cet accès ne se dissipa plus. La maladie, d'intermittente était devenue quotidienne. Le jour de son entrée, on lui fit une saignée, on lui fit prendre un bain et on le mit à la diète.

Le lendemain à la visite, légère amélioration dans les symptômes gastriques et myéliques. On comprime la colonne vertébrale, qui manifeste de la douleur de la huitième vertèbre dorsale à la troisième lombaire. Dix ventouses scarifiées sont appliquées sur le trajet douloureux, que l'on recouvre aussi de cataplasmes émolliens laudanisés. On prescrit une potion légèrement antispasmodique.

Le 30, plus de douleur à la pression. La presque totalité des symptômes a disparu. On prescrit un bain, une potion antispasmodique, et l'on accorde un peu de nourriture au malade, qui sort parfaitement rétabli trois jours après.

Gastro entéro-myélite avec commencement de paralysie des jambes; par M. Pourcelet, élève de l'Université.

François Chalbeau, bottier, âgé de 16 ans, d'un tempérament éminemment lymphatique et paraissant se livrer à la masturbation, ressentit, il y a six semaines, des douleurs vagues dans les genoux, suivies de vomissemens, de maux de tête, de soif, d'inappétence, de fourmillemens et de picotemens dans les extrémités inférieures; ces symptômes allèrent toujours en augmentant d'intensité.

Depuis quatre jours les membres abdominaux sont flasques et sans nulle rigidité, tremblant quand il les bouge; ils ne peuvent plus supporter le poids du corps; sa marche est impossible; des douleurs vives et pulsatives occupent la région poplitée; des crampes se font sentir dans les orteils et les doigts; les lombes sont le siége d'une douleur continue et assez forte; une diarrhée légère avec colique et borborygmes existe conjointement.

Le 27 février, outre les symptômes qui viennent d'être énumérés, on observe: fétidité de l'haleine, sécheresse, goût fade et mauvais de la bouche; enduit blanchâtre et épais de la langue; accélération peu intense du pouls; urines déposant des flocons albumineux; sensibilité du ventre.

L'exploration de la colonne vertébrale fait reconnaître un endroit douloureux, sensible à la pression dans l'étendue de quatre travers de doigt, à la partie de la région lombaire qui correspond au renflement de ce nom. Il paraîtrait cependant que la partie supérieure de la moelle est également atteinte, puisque le malade ressent des crampes dans les extrémités thoraciques.

Cet examen permet de diagnostiquer une myélite avec commencement de paralysie du mouvement des extrémités abdominales et légère inflammation du tube intestinal.

Entré le 26 à l'hôpital, on lui mit douze sangsues à l'abdomen.

Le lendemain, après les observations précédentes, on prescrivit six ventouses scarifiées sur le point douloureux, des boissons delayantes et rafraîchissantes, des lavemens émolliens; des fomentations du même genre et la diète absolue.

Le 28, une amélioration sensible avait eu lieu; mais les symptômes persistant toujours, on appliqua huit sangsues à l'anus pour agir sur la moelle et les voies digestives en même temps; on continua les boissons, les fomentations et la diète.

Le 29, tout a disparu, la marche est facile. Régime lacté.

Le 1er mars, convalescence complète; on revient peu à peu aux alimens ordinaires.

Observation de fièvre intermittente quotidienne qui a cédé à l'application de ventouses scarifiées et de cataplasmes laudanisés sur le renflement dorsal de la moelle épinière; recueillie par M. Simonard, élève externe.

Le nommé François Delvigne, de Louvain, âgé de 17 ans, d'un tempérament lymphatique, entra à l'hôpital le 30 juillet 1836. Depuis neuf jours il était atteint tous les jours à dix heures du matin de fièvre intermittente simple dont la période de froid durait de une heure à une heure et demie; les périodes de chaleur et de transpiration duraient le reste du jour. Cet individu avait été, deux mois auparavant, atteint encore de fièvre intermittente quotidienne simple qui avait cédé au sulfate de quinine.

Le 31 juillet, le sulfate de quinine lui fut administré à la dose de seize grains divisés en trois paquets, dont la dernière partie fut ingérée deux heures avant le retour habituel de la fièvre. Ce jour la période de froid commença à neuf heures avec une grande intensité. La colonne vertébrale comprimée, dans la période de chaleur, se montra sensible à la pression, de la seconde à la cinquième vertèbre dorsale. Le sulfate de quinine s'étant montré inefficace, six ventouses scarifiées furent immédiatement appliquées sur les côtés du trajet douloureux;

un cataplasme laudanisé recouvrit ensuite la même région. Un régime lacté fut ordonné.

La période de transpiration dura encore jusque dans la soirée.

Le lendemain aucune apparence de fièvre ne se manifesta non plus que les jours suivans, et le 3 août le malade sortit parfaitement guéri.

La douleur produite par la pression sur les apophyses épineuses des vertèbres est quelquefois peu marquée; elle l'est d'autant plus que les accès sont plus intenses et plus rapprochés; il en est de même de son étendue. Il ne faut donc pas toujours s'en rapporter à ce que dit le malade, lorsqu'il assure que la pression exercée sur la partie supérieure dorsale de la moelle épinière ne lui cause point de mal, mais il faut lui demander s'il n'existe pas de différence entre la sensation produite par la pression exercée de nouveau sur ce point, comparée à celle déterminée sur tout autre point de la colonne vertébrale. On recevra toujours pour réponse que la pression à la région supérieure dorsale est beaucoup plus sensible.

Cette douleur est si étroitement liée à l'existence de la fièvre, que nous nous avons pu annoncer quelquefois que l'accès prochain manquerait quand, dans l'intervalle d'un accès à l'autre nous avions constaté la disparition complète de la douleur.

Observation de fièvre intermittente, accompagnée d'irritation de la moelle épinière; recueillie par M. Simonart, élève externe.

Paul Louis Debacker, de Bruxelles, âgé de 55 ans, d'un tempérament sanguin, fut admis à la clinique le 1er août 1836, (salle 3, l. 17). Depuis huit mois il avait été atteint plusieurs fois de fièvre intermittente simple qui avait toujours résisté au sulfate de quinine. Depuis quinze jours il souffrait de fièvre intermittente tierce, accompagnée d'une gastro-entérite légère et de plusieurs symptômes d'irritation de la moelle épinière : douleur dans le ventre et revenant dans le moment avec grande intensité, produisant une constriction très-forte de l'abdomen avec sensation de tiraillemens, d'arrachemens forçant le malade à se tenir courbé en avant, douleurs qui sont soulagées par la pression et qu'accompagne l'expulsion d'une assez grande quantité de vents. Du ventre, ces douleurs s'irradient dans les membres inférieurs en suivant le trajet du nerf sciatique; elles produisent des tiraillemens, des sensations, des arrachemens et des crampes dans les jambes.

La pression des apophyses épineuses détermine une douleur vive dans le trajet de la dixième vertèbre dorsale à la troisième lombaire. La fièvre s'est déclarée ce jour là à deux heures.

Prescription : Bains, cataplasmes laudanisés sur le ventre.

A la visite du lendemain, mêmes symptômes. Huit ventouses scarifiées sur les côtés du trajet douloureux de la colonne vertébrale, suivies de l'application d'un cataplasme laudanisé. Du reste, traitement propre à l'irritation des organes digestifs.

Dans la journée, grande amélioration dans tous les phénomènes.

Le 3, les symptômes ont disparu, aucun symptôme de fièvre ne se manifeste. Le malade est en pleine convalescence.

Observations de fièvres intermittentes guéries par la phloridzine; recueillies par M. Mathysen, élève interne.

Obs. I. — La nommée Sneyers, Catherine, âgée de 45 ans, entra à l'hôpital le 13 mai 1836. Elle était atteinte depuis quatre semaines de fièvre intermittente quotidienne. Le lendemain de son entrée on lui administra 16 grains de phloridzine en 4 paquets, qui firent disparaître la fièvre. Pour prévenir son retour on donna encore pendant trois jours la phloridzine en diminuant graduellement la dose.

Obs. II. — Duray Catherine, âgée de 36 ans, avait depuis neuf mois une fièvre intermittente tierce, qui l'avait quittée deux ou trois fois pendant quelques jours seulement.

Lorsqu'elle entra à l'hôpital, le 12 mai, la fièvre ne l'avait plus abandonnée depuis plusieurs semaines. La malade souffrait aussi d'une irritation gastrique, ce qui détermina M. Van Mons à lui administrer la phloridzine en lavemens. Il en prescrivit 24 grains pour trois lavemens. L'accès revint encore, mais il était un peu moins fort.

Deux jours après on administra la même dose de la même manière, la fièvre n'eut pas lieu et ne revint plus.

Obs. III.—Balancourt, Marie, âgée de 11 ans, entra à l'hôpital le 25 mai. Elle était atteinte de fièvre intermittente tierce, depuis quatre semaines. Le lendemain de son arrivée, on lui administra 12 grains de phloridzine, mais l'accès revint.

Le 28, même dose, l'accès revint encore.

Le 30, on lui donna 16 grains, qui firent cesser la fièvre. On continua encore à donner le médicament pendant deux ou trois jours, mais à des doses moins élevées.

Obs. IV.— Delanghe, Pierre, âgé de 27 ans, atteint depuis cinq semaines de fièvre intermittente quotidienne, entra le 20 mai à l'hôpital. On prescrivit la phloridzine à la dose de 15 grains ; il ne survint pas d'accès ce jour là. Le lendemain on ne donna que 12 grains, mais la fièvre revint; on porta ensuite la dose à 18 grains, ce qui la fit cesser complétement.

Obs. V. — Boduin, Jeanne, âgée de 72 ans, atteinte depuis huit jours de fièvre intermittente tierce, entra à l'hôpital le 23 mai. La phloridzine à la dose de 15 grains fit cesser la fièvre sur le champ.

Cas remarquable de choléra-morbus sporadique. (Observation recueillie par le docteur Sovet, de Beauraing).

Le 17 février 1836, je fus consulté pour Jean Remi, de Mahoux, jeune homme âgé de 23 ans, qui éprouvait

depuis quatre jours un abattement général, des douleurs vagues, de la céphalalgie, etc., et depuis la veille de nombreux vomissemens, une soif très-prononcée et rendait les urines très-colorées en rouge. Ne pouvant me rendre sur les lieux, je crus avoir à faire à une gastro-entérite commençante et je prescrivis : 15 sangsues à l'épigastre, boissons rafraîchissantes froides, lavemens et cataplasmes émolliens.

Le lendemain 18, je fus voir le malade; ses parens étaient dans la désolation, les symptômes avaient pris un caractère de plus en plus alarmant : faciès profondément altéré, yeux enfoncés, nez grippé, teint plombé, lèvres bleuâtres, sclérotiques jaunes et bleues par zones, langue pointue, très-pâle, présentant des papilles nerveuses très-développées, haleine glacée, voix cassée et presque éteinte. Vomissemens de matière blanche se renouvelant à chaque instant, selles de même nature, point de sensibilité abdominale, soif vive, appétence des boissons glacées, constrictions spasmodiques et douloureuses des mains et des avant-bras, facultés intellectuelles parfaitement intactes, pouls à peine perceptible, refroidissement de la peau, surtout aux extrémités, *urines abondantes d'un brun foncé, opaques et paraissant tenir en dissolution une substance étrangère.*

Ce dernier symptôme avait surtout frappé les parens et leur inspirait le plus de craintes. Moi-même, au premier coup d'œil, je m'en rendais compte très-difficilement; pourtant l'ensemble général des autres signes morbides était si frappant pour quiconque avait déjà vu des cholériques, que je n'hésitai pas à reconnaître un cas de choléra à sa période algide. En conséquence, je prescrivis un bain chaud, sinapismes volans sur le tronc et les bras, boissons glacées très-souvent répétées; le malade faillit mourir dans le bain, je l'en retirai au bout de quelques minutes; je fis placer dans son lit des briques chaudes enveloppées de serviettes imbibées de vinaigre, et je fis préparer, en cas de besoin, une potion camphrée et laudanisée et un long vésicatoire destiné à couvrir la colonne vertébrale.

19. Ces derniers moyens n'ont pas été nécessaires, les boissons glacées avaient suffi pour arrêter les déjections blanches; mais la couleur pâle violacée des lèvres, la teinte jaune et bleue de la face, l'haleine glacée, l'extrême petitesse du pouls, le refroidissement général des urines brunâtres, foncées persistaient, une légère douleur se faisait sentir à l'hypogastre. — Glace à l'intérieur, sinapismes volans, frictions sur l'hypogastre avec un liniment opiacé et camphré, réfrigérans au périnée.

20. Amendement notable, le pouls se fait un peu mieux sentir, la face est d'un pâle plus naturel, *les lèvres sont moins violacées, les urines ne sont plus que rousses et moins abondantes.* — Même prescription.

21. Des sueurs ont eu lieu la nuit; une douce réaction s'opère, *le faciès est presque normal, les lèvres pâles, les urines ne sont plus que légèrement colorées.*

22. L'amélioration s'est soutenue, *les lèvres sont vermeilles,* le pouls médiocre, *les urines citrines,* la langue a un peu rougi à sa pointe, la soif a reparu. — Cataplasmes et lavemens émolliens, boissons froides.

24. La convalescence s'établit; le 6 mars la guérison est parfaite.

Ce cas m'a paru remarquable sous plusieurs rapports : d'abord il apparaît tout à fait isolé, dans un pays où le fléau asiatique n'a point étendu ses ravages, au moment où il paraissait avoir totalement disparu du continent. Certes, ce n'est pas une chose très-rare qu'un cas de choléra sporadique, mais je n'en ai jamais observé présentant un groupe de symptômes aussi semblables à ceux du choléra épidémique; pour moi, ce cas, quant à sa nature, me paraît être au choléra asiatique ce qu'un cas de scarlatine sporadique est à la scarlatine épidémique; et si l'on se demande ce qui peut avoir déterminé le développement des symptômes que nous venons de relater, il faut avouer que l'on ne peut pas ici se payer de mots vagues, ni invoquer les miasmes ou la contagion; les conditions locales rendent la supposition de celle-ci impossible, et on ne concevrait pas des miasmes qui, au milieu d'un village, d'une famille, vont empoisonner un seul individu et épargnant tous les autres, qui respirent le même air atmosphérique, qui couchent au chevet de son lit et absorbent à chaque instant les gaz qu'il expire ce qui se dégagent de ses déjections! On serait plutôt porté à admettre pour le choléra, comme on l'admet pour les autres maladies, que des causes très-diverses peuvent donner lieu au développement du groupe de symptômes. Ici les parens attribuaient la maladie à un chagrin éprouvé par le malade.

Le traitement a été simple, les sangsues n'ont arrêté ni les vomissemens ni les selles, elles n'ont pas modéré la soif, peut-être ont-elles précipité la période algide. Le bain a failli être mortel; ni la potion excitante ni le vésicatoire n'ont été employés; l'eau froide me paraît avoir fait tous les frais du traitement, et si je me trouvais à l'occasion, je serais fort tenté d'imiter le docteur Marcq de Charleroy qui, n'ayant donné que de l'eau à ses cholériques, a obtenu des résultats au moins aussi avantageux que ceux qui ont prodigué les remèdes les plus héroïques et les plus bizarres.

Mais le phénomène le plus remarquable est sans doute l'existence de la coloration des urines, je ne l'avais jamais observé ni lu nulle part; il pouvait même embarrasser mon diagnostic, mais voici comme je m'en rendais compte : dans les cas ordinaires on voit s'échapper par les vomissemens et les selles des matières blanches et albumineuses, tandis que leur matière colorante et un sang veineux abondant et très-chargé de carbone engorgent les viscères et donnent à la peau une teinte bleue, les urines sont supprimées. Dans le cas particulier que nous citons, nous avons aussi cette déperdition de fluides blancs, mais la cyanose n'est pas bien marquée, elle se borne à une légère teinte bleuâtre de la face et surtout des lèvres, la peau est froide mais pâle, mais nous observons des urines très-abondantes qui sont chargées d'une matière colorante très-foncée. Il semble qu'ici les reins et peut-être la muqueuse des uretères et de la vessie soient le siége de la congestion qui

ordinairement a lieu à la peau et que la matière colorante séparée des liquides blancs évacués, s'échappe par les urines; il est impossible de ne pas être frappé de la corrélation qui a toujours eu lieu entre les changemens survenus dans la teinte des lèvres et ceux observés dans la couleur des urines, elle est un motif de plus pour faire attribuer ces deux phénomènes à la même opération morbide.

Quoi qu'il en soit de l'explication, j'ai pensé que ce fait était digne d'être publié comme fait exceptionnel et pouvant peut-être jeter quelque jour sur la nature du choléra.

Observations sur la fièvre intermittente qui règne endémiquement dans la commune de Laeken, et particulièrement de la douleur dorsale qui caractérise cette maladie; par le docteur Steyls.

Ce travail est le résultat de trois années d'observations dans la commune de Laeken, où j'exerce la médecine, et où la fièvre intermittente règne depuis cette époque d'une manière endémique. Pendant cet espace de temps j'ai observé plus de trois cents cas et recueilli un grand nombre d'histoires de cette maladie; mon intention n'était pas de publier de sitôt les remarques pratiques qu'ils m'ont mis à même de faire, si je n'y avais été engagé par la lecture d'un article inséré dans le n° de juin du *Bulletin médical Belge*, où il est question d'une prétendue découverte attribuée à M. le docteur Kremers d'Aix-la-Chapelle, dans la fièvre intermittente et le typhus. Il y est dit que ce médecin a constaté dans ces maladies *l'existence d'une douleur fixe et circonscrite à la région dorsale de la colonne épinière, à l'endroit correspondant à la* 1re, 2e *ou* 3e *vertèbres dorsales*, douleur qui est moins circonscrite dans le typhus que dans la fièvre intermittente.

Ce phénomène, signalé comme nouveau, je l'ai constaté depuis longtemps, et dans la fièvre intermittente et dans le typhus, maladies entre lesquelles j'ai remarqué une très-grande analogie de symptômes, surtout à la période d'incubation de la fièvre intermittente et pendant son cours, quand il y a fusion d'accès. Des faits nombreux que j'ai observés et dont je ne relaterai que quelques-uns, je crois pouvoir déduire quelques corollaires pratiques, que je poserai après avoir rapporté les observations sur lesquelles elles sont, en partie, appuyées.

Ire Obs. — Au mois de mai 1834, J..... H....., épouse de L..... S....., âgée de 25 ans, d'une constitution lymphatique, malade depuis dix jours, présente le douzième jour de sa maladie (le 23), les symptômes suivans : décubitus sur le dos, chaleur de la peau élevée et mordicante, respiration gênée, pouls accéléré, délire fugace, assoupissement profond, surdité, soubresauts, urines involontaires, ventre fortement tendu, sonore et rénitent; la malade montre incomplétement la langue, qui est rouge et sèche; les lèvres et les dents sont couvertes de fuliginosités. Je diagnostique un typhus, et je prescris en conséquence :

Aq. font.	℥v
Aq. dist. comm.	℥j
Sulf. quinin.	gr. xij
Acid. sulf. dil.	gtt. iij
Syr. cort. aurant.	℥j

A prendre par cuillerées.

Tisane pectorale, sinapismes aux pieds.

24. A peu près même état, délire moindre que la nuit précédente, l'assoupissement paraît tenir un peu du sommeil, trois selles liquides et involontaires.

Continuation des mêmes moyens; en outre un peu de bouillon de veau froid.

25. Point de délire, décubitus sur le côté, météorisme moindre, surdité au même degré, urines involontaires, langue moins sèche, point de soubresauts, peau sèche mais moins mordicante; pouls moins serré, pieds œdématiés.

Même prescription.

26. Amélioration dans le reste des symptômes observés la veille; grande faiblesse, face bouffie, la peau disposée à s'infiltrer, œdème des jambes, surdité moindre, ce qui paraît dépendre de ce que la malade a plus de conscience intellectuelle; car elle a demandé pour uriner; je fais suspendre la quinine.

(*Bouillon de veau, vin blanc*).

27. Mieux général; trois selles liquides, mais volontaires, douleur du bas-ventre, qui est encore météorisé, moins d'œdème, douleur dans le dos.

Mucil. gg. arab.	℥v
Laud. liq. Sydenh.	gtt. xv

Décoction de riz épaisse et édulcorée.

28. Continuation du mieux; les lèvres et les dents se nettoyent, la malade parle, mais elle est vîte fatiguée; la douleur à la tête et au dos s'accroît; langue disposée à devenir humide; bourdonnement d'oreille.

(*Bouillon de veau, vin blanc*).

29. Douleur de tête peu prononcée; point de bourdonnement d'oreille; langue médiocrement humide; deux selles liquides depuis hier; encore un peu de météorisme et légère infiltration des extrémités inférieures. L'appétit se fait sentir.

(*Vin blanc, riz au lait; faible dose de quinine*).

30. Une selle, même désir pour les alimens. Convalescence.

La malade m'a déclaré que depuis l'invasion de la maladie elle a senti des douleurs vagues dans la tête, le ventre et le dos : qu'elle avait éprouvé pendant quelques jours de l'inappétence, des insomnies; que le premier jour qu'elle a été obligée de garder le lit, elle fut prise d'un frisson très-long et très-pénible; qu'enfin, depuis lors plongée dans le délire, elle ne se rappelle plus de ce qui s'est passé pendant tout le cours de sa maladie.

IIe Obs. — L.... C...., fils, fermier, âgé de 28 ans, d'une constitution médiocrement forte, éprouvait depuis quelques jours du malaise, une lassitude dans les membres et de l'inappétence, des douleurs vagues dans la tête et le dos accompagnées de légers frissons; il passait les nuits agitées par l'insomnie, et les rêves; le 2 décembre 1834, il fut pris d'un frisson long et pénible, suivi de chaleur. Appelé le même jour vers midi, je pus constater les symptômes suivans : prostration des forces, face rouge, peau sèche et brûlante, pouls large, respiration courte et fréquente ; langue rouge au pourtour et chargée au milieu ; vomissemens et constipation ; céphalalgie intense ; douleurs atroces au dos, à l'endroit correspondant aux trois premières vertèbres dorsales et dernières lombaires en comptant de bas en haut, douleur qui augmente par la pression. Cette région paraît légèrement gonflée. Gonflement de la rate, qui est douloureuse ; poitrine sonore, soif continuelle. Je prescris une saignée de 20 onces, sangsues à l'hypochondre gauche et ensuite au dos ; cataplasme émollient ; sinapismes aux pieds ; mucilage de gomme arabique; tisane pectorale ; diète absolue; le soir, outre l'exaspération de la douleur dorsale, il y a sueur abondante accompagnée d'un léger délire et d'assoupissement profond. (*Petite saignée, sangsues à l'hypochondre et à la tête ; cataplasme à la nuque*).

La sueur a continué jusques fort tard dans la nuit.

3. Dans la nuit, après la sueur, assoupissement, interrompu par des rêves, la peur et la soif.

Le matin, mouvement fébrile intense; même assoupissement accompagné de rêvasseries, même intensité de douleur dans le dos.

Sangsues à l'hypochondre et à la tête large vésicatoire sur le dos *loco dolenti ;* j'accorde un peu de bouillon froid, mais le malade n'en prend que très-peu. Il y eut dans le courant de la journée trois stades de sueur, lesquels étaient très-prolongés, et se rapprochaient tellement des stades de froid, caractérisés seulement par le froid aux pieds, qu'ils laissaient à peine une apyrexie incomplète de vingt minutes.

Le soir, considérablement affaibli, le malade est couvert d'une sueur abondante ; il n'y a aucune amélioration dans les symptômes locaux.

4. La nuit a été très-mauvaise, il y a eu plusieurs lipothymies, on a lavé le malade plusieurs fois avec du vinaigre. Le matin, le ventre est météorisé, le pouls petit et fréquent, la peau chaude, mordicante. Langue sèche, soif vive, respiration précipitée, inquiétudes, nausées, soubresauts des tendons.

Mucil. gg. arab.	℥ii
Aq. dist. camm. rom. fœnic.	℥i s.
Syr. diacod.	℥i
Liq. anod. Hoffm.	gtt. x

A onze heures et demie amendement de tous les symptômes.

(*Sulfate de quinine, quinze grains, qui sont pris avant le soir*).

Le soir, les douleurs locales ont considérablement diminué ; la rate est moins gonflée, une selle a eu lieu ; la peau est moite, le pouls assez souple et la respiration calme.

(*Même prescription ; bouillon ; pansement du vésicatoire*).

5. La nuit a été calme, le sommeil meilleur, la langue se nettoye et devient humide. Un léger frisson survient le matin comme pour rappeler la fièvre à son type primitif ; mais le développement de l'accès est empêché par le sulfate de quinine. La face est pâle et bouffie, l'embonpoint est considérablement diminué, la faiblesse est encore extrême.

(*Suppression du vésicatoire ; sulfate de quinine; bouillon avec du pain blanc*).

6. Il ne reste des douleurs locales qu'une légère céphalalgie frontale et un sentiment de malaise dans le dos ; le pouls est pour ainsi dire à son état normal ; il y a eu deux selles la nuit ; du côté de la rate on n'observe plus rien.

(*Riz au lait; un peu de bière blanche que le malade demande de préférence*).

Le 7. Le malade se lève et mange comme à l'ordinaire, mais par petites quantités.

En comparant ces deux faits nous remarquons entre eux une analogie très-grande de la fièvre intermittente et du typhus, en ce que ces deux maladies ont offert dans leur cours une période d'incubation caractérisée par les mêmes signes précurseurs, durant au moins quatre ou cinq jours ; qu'un frisson long et pénible, accompagné de froid et suivi de délire et de fièvre continue, a annoncé leur début ; que leur marche ent été absolument la même si les deux malades avaient été placés dans les mêmes conditions, c'est-à-dire si L.... C...., atteint d'un léger degré de délire de plus, eut eu le malheur de rester encore pendant deux jours après le 4, sans réclamer les secours de la médecine. Un moment encore, et les lèvres et les dents de C.... comme celles de l'épouse de S.... se seraient couvertes de fuliginosités, les excrétions seraient devenues involontaires, et quelque exactitude que l'on eut mis dans l'observation, il eut été impossible de distinguer par des signes certains les deux maladies l'une de l'autre. Le gonflement de la rate est encore une analogie avec le typhus. C'est un phénomène que M. Louis de Paris a rencontré 40 fois sur 50 cas qu'il a observés.

IIIe Obs. — A la fin de novembre 1834, je fus appelé pour donner mes soins à C.... V...., âgée d'un an et douée d'une bonne constitution ; depuis quatre jours, elle avait témoigné du chagrin, du penchant au sommeil, du refus pour les alimens, un désir continuel pour l'eau froide. Le 27, jour où je la vois, elle est profondément assoupie, crie et porte fréquemment la main à la tête et au ventre ; la face est rouge, l'œil fixe, la peau brûlante, le pouls accéléré, la langue rouge au pourtour, fortement chargée au milieu, urines rouges, peu abondantes, vomissemens, soif continuelle.

(*Sangsues sur le ventre, cataplasme émollient, lavement de même nature ; diète*).

Le lendemain 28, face moins rouge, langue plus chargée, chairs flasques, sueurs. D'après les renseignemens que donne la mère il doit y avoir de la rémittence.

(*Potion avec le tartre émétique et le laudanum*).

Vers le soir plusieurs nausées et deux vomissemens. La petite malade passe la nuit assez bien.

Le 29. État satisfaisant; accès vers midi qui finit vers le soir. Dans l'apyrexie la face est bouffie et pâle, la langue est encore chargée; léger assoupissement.

Alcool.	℥ s.
Sulf. quin.	gr. viij
Acid. sulf. dil.	gtt. i

Pour frictionner le dos.

Le lendemain l'accès ne reparaît pas et l'enfant continue à se bien porter.

En 1835, et vers la même époque, C... V...., eut quelques accès de fièvre intermittente quotidienne accompagnée de douleur très-forte dans le dos à la région correspondante des trois dernières vertèbres dorsales et les premières lombaires, en comptant de haut en bas. On peut induire rationnellement de ce fait que chez cette malade, le dos a été le siége d'une semblable douleur, quoique la petite ne fut âgée que d'un an.

IVe Obs. — S... N..., épouse de P... D..., âgée de 28 ans, d'une constitution médiocre, enceinte de sept à huit mois, depuis quatre à cinq jours avait éprouvé du malaise général, de la pesanteur dans les membres, de l'inappétence, des nausées et de la constipation, des douleurs sourdes dans la tête, le ventre et le dos, pendant lesquels elle n'avait pris pour boisson et nourriture que de l'eau froide, du lait battu, qui fut en partie rejeté par les vomissemens. Le 4 décembre 1834, je la trouve le matin, couchée à côté de son mari frappé de la même maladie : Ils sont tous deux inondés de sueur fétide. Chez la femme la chaleur de la peau est très-élevée mais elle est moite, le pouls est large; assoupissement, rêves, vomissemens et constipation, douleur atroce dans la région dorso-lombaire qui se propage jusqu'au milieu du sacrum ; la sueur continue jusqu'à trois heures dans l'après-midi.

(*Saignée de* 15 *onces, application de sangsues sur le ventre et le dos suivie d'un cataplasme émollient; mucilage de gomme arabique; eau d'orge pour boisson*).

Le soir, même mouvement fébrile, mais la malade paraît avoir été soulagée un instant après la transpiration ; mêmes symptômes.

Le 5 aucun amendement dans les symptômes ; le sommeil a été court et fréquemment troublé par des rêves effrayans.

(*Saignée de dix onces, quelques sangsues sur le ventre et le dos; cataplasme émollient. Continuation des moyens mis en usage la veille*).

Le soir un froid, qui est plus sensible aux pieds et aux mains se propage à toute la périphérie du corps; douleur moindre dans le ventre et le dos. Au bout d'une demi-heure la chaleur suivie de sueur se rallume ; la position de la malade devient vraiment inquiétante. Cette période de sueur est accompagnée des douleurs de l'enfantement et de fréquentes lipothymies et continue toute la nuit.

Le 6 à 5 heures du matin, je suis appelé pour donner des secours à la femme, j'arrive vers les six heures : elle était accouchée d'une jeune fille vivante et bien conformée, mais qui mourut au 47e jour de sa naissance. L'état actuel de la nouvelle accouchée réclamait un calmant ; je lui prescrivis :

Mucil. gg arab ℥ iij.
Aq. dist. camm. rom.
flor. aurant. ana. ℥ i.
Syr. diacod. ℥ i.
Liq. anod. Hofm. gutt. xv.
A prendre par cuillerées.

Cette potion, outre le calme qu'elle apporta à toute l'économie, empêcha la fusion des accès. La journée est assez bonne : céphalalgie, douleur du dos moins intenses, qui augmentent cependant le soir, par le renouvellement d'un accès qui parcourt régulièrement ses trois stades. Très-peu de repos la nuit.

Le 7, apyrexie complète, face pâle, bouffie, ventre tendu et météorisé, pieds œdématiés, grande faiblesse.

(*Sulf. quin. gr.* xij, *à prendre en six heures; bouillon de veau froid, cataplasme émollient au dos*).

Dans la journée la malade demande à manger et on lui accorde du bouillon ; le soir l'accès s'annonce par un malaise et l'exacerbation de la douleur dorsale, mais il ne se déclare pas à son summum d'intensité comme les jours précédens.

Le 8, tout est dans un état satisfaisant ; l'appétit augmente, les forces reviennent. Je continue encore pendant quelques jours l'administration du quinquina ; et, à l'aide d'une nourriture de facile digestion, cette femme se rétablit, à l'exception de la douleur dorsale, sur laquelle je fis à plusieurs reprises, et pendant trois semaines, appliquer des sangsues, mais en vain. Cette douleur ne disparut que par l'application d'un large vésicatoire sur l'endroit correspondant entre les vertèbres lombaires et le sacrum.

Ce fait prouve que les émissions sanguines, soit générales, soit locales, ne suffisent pas toujours pour enlever la douleur caractéristique dorsale, qui est plutôt cause qu'effet de la fièvre intermittente.

Cette maladie a encore cela de commun avec l'affection typhoïde, que quand elle affecte cette forme, elle attaque ordinairement deux ou plusieurs individus dans une même maison.

Ve Obs. — Je fus appelé au mois d'avril 1836 pour donner mes soins à X... D..., âgé de deux ans et trois mois, fort et sanguin, très-docile et intelligent ; voici les signes précurseurs et les symptômes de l'état actuel de sa maladie : *Signes précurseurs :* chagrin, inappétence, penchant au sommeil, rêves nocturnes, constipation, soif, douleurs vagues de la tête, du ventre et du dos. *Symptômes de l'état actuel,* (c'est-à-dire le qua-

trième jour après l'incubation) : Frissons fréquens, mais légers, douleur dans la tête, le dos et le ventre, mais vagues encore; un peu plus tard, frisson long et pénible accompagné de douleur fixe dans la tête, le dos et le ventre où elle est des plus fortes. A ce frisson, qui dure à peu près une heure, succède un mouvement de chaleur intense, accompagné d'assoupissement, de délire et de l'émission involontaire des urines. La douleur du ventre est excessive; la langue, d'un rouge vif à son pourtour, est fortement chargée au milieu et à sa base. La face est rouge et les yeux injectés; battemens du cœur. Malgré l'état d'assoupissement dans lequel il est plongé, le petit malade ouvre quelquefois les yeux égarés, pour témoigner par des cris et des pleurs ses souffrances et la frayeur qui paraît le poursuivre; contracture des membres. Vers onze heures, convulsions et délire avec écoulement involontaire des urines.

(*Cinq sangsues sur le ventre, cataplasme émollient; mucil. de gomme arabique, tisane pectorale, lavement d'eau de son et d'huile, léger sinapisme aux pieds*).

Les piqûres des sangsues coulent abondamment de onze jusqu'à trois heures; amendement dans les symptômes, surtout l'assoupissement et la douleur abdominale; au stade de chaleur succède celui de sueur; vers les quatre heures, les convulsions se manifestent de nouveau, avec les douleurs plus fortes que le matin.

Mucil. gg. arab. ℥ ij.
Aq. dist. comm. ℥ j.
Laud. liq. Sydenh. gutt. viij.
A prendre par cuillerées à café.

Diminution successive des douleurs et des convulsions; vers le soir apyrexie; mouvement fébrile de réaction; douleurs dans la tête, le dos et le ventre, mais bien moins intenses; assoupissement.

Sulf. quin. gr. viij.
Alcool. ℥ s.
Acide sulf. dil. gtt. ij.
Pour frictionner le dos.

(*Lavement émollient et huileux; à l'intérieur rien que de la tisane pectorale et un peu de bouillon de veau; potion calmante suspendue*).

Le 7, pas d'accès; face pâle, gonflée, ventre tendu et météorisé; chairs flasques. (*Continuation des mêmes moyens; un peu de riz au lait pour satisfaire aux désirs du malade*).

Le 8, accès à dix heures; exaspération dans la douleur dorsale; réveil de douleurs légères dans le ventre. L'apyrexie commence à 5 heures de l'après-midi.

Sulf. quin. vj.
Extract. q. s. ut. f. pilul. n° vi.
A prendre une d'heure en heure.

Le 9, 10 et 11 point d'accès; le mieux continue et X... D. . se rétablit sans suite fâcheuse.

Ce fait a ceci d'important: 1° que la douleur abdominale a plutôt cédé au narcotique et au quinquina qu'à la saignée locale, ce qui ferait supposer que cette douleur était plutôt nerveuse qu'inflammatoire. Quand on sait par l'expérience, qu'au bout de deux ou trois accès l'infiltration est imminente, il est sage et même urgent d'éloigner, et de prévenir, s'il est possible, le retour de ces terribles accès.

VIe Obs.—G... W... fils, brasseur, d'un tempérament nervoso-sanguin, profondément affligé de la mort de sa sœur, après avoir éprouvé pendant quelques jours les phénomènes d'incubation de la fièvre intermittente, se fit faire, le 20 avril 1836, une saignée de quinze onces, et prit le tartre stibié, afin de favoriser la circulation et d'éveiller l'estomac. Vers le soir W... gagne mal à la tête, de la raideur dans le dos accompagnée de fréquens frissons, qui, vers minuit, se fondent en un long et pénible frisson, suivi de chaleur et de sueur. Dès cet instant la douleur sourde à l'occiput prit le caractère d'hémicranie alarmante; elle s'irradia vers l'oreille gauche et alla se terminer en forme de vrille derrière le globe de l'œil du même côté. Les apyrexies étaient de deux ou trois secondes et les paroxismes de trois, quatre et cinq minutes; elles étainet si cruelles, que c'était une scène douloureuse que d'entendre pousser des cris alarmans et de voir les larmes inonder les joues d'un jeune homme fort, et d'ailleurs raisonnable.

(*A 5 heures du matin, quatre sangsues derrière chaque oreille;* fomentations avec *extr. de bellad., ciguë, jusquiame noire, àa. gr.* viij, *dans eau commune* ℥ v.)

L'emploi de ces moyens fut suivi d'un heureux résultat; l'hémicranie alla en diminuant, et le 21 à midi elle avait entièrement disparu.

Assoupissement, fièvre de réaction, douleur sourde à l'occiput et au dos. (*Sulfate de quinine un demi scrupule, soupe aux herbes*).

Le 22, vers les neuf heures du soir, légers frissons; exacerbation de la douleur dorsale; à minuit nouvel accès d'hémicranie des plus aiguës, qui dure avec la sueur jusqu'au lendemain 23 à 9 heures. (Les mêmes moyens sont prescrits).

Le 23, sulfate de quinine trois scrupules, bouillon et riz au lait.

L'accès ne reparaît plus et au bout de quelques jours G... W... se porte mieux qu'auparavant.

Ce fait prouve à l'évidence, que la douleur qui coexiste avec la douleur caractéristique du dos, peut être, et est, dans la plupart des cas, de nature nerveuse et cède aux mêmes moyens.

VIIe Obs.—Scampaert, âgé de 30 ans, ouvrier teinturier, d'une constitution médiocre, depuis le onze avril 1836, sentait son appétit diminuer, quelques douleurs vagues accompagnées de malaise général dans la tête, le dos et le ventre. Quoique ces symptômes allassent en augmentant, Scampaert, père de famille, continua néanmoins à vaquer à ses travaux journaliers jusqu'au 15, où, vers les six heurs du matin, il se trouve tellement malade, qu'il a la plus grande peine pour revenir de son atelier à sa maison se mettre au lit. Fortement abattu, il fut immédiatement pris d'un frisson long et pénible et d'un froid glacial, qui parcourut toute la périphérie du corps; à ce frisson succède bientôt le stade

de chaleur suivi de celui de sueur. Pendant la période de chaleur, le malade accuse des douleurs très-fortes à la région frontale, au bas-ventre, où elle est moins forte et à la région dorso-lombaire jusqu'à la base du sacrum : là elle est très-sensible à l'impression des doigts et tellement atroce, qu'elle arrache des cris au malade, et le jette dans le désespoir. (*Saignée de* 20 *onces ; cataplasme émollient fait avec la décoction de têtes de pavot blanc, sur le lieu douloureux du dos; potion calmante à l'intérieur*). Vers la fin de ce stade, qui dura à peu près deux heures, amendement de tous les symptômes, pour revenir avec plus d'intensité pendant le stade de sueur ; alors la douleur dorsale et le délire sont à leur comble ; les symptômes continuent mais en diminuant d'intensité. Point de délire ; assoupissement profond ; mouvement fébrile de réaction ; prostration considérable dans les forces.

(*Sulf. quinine, deux scrupules, à prendre en vingt-quatre heures*).

Le lendemain, 16, mieux général.

(*Sulf. quinine gr. x ; bouillon aux herbes ; eau d'orge.*)

Le 17, il ne reste plus que de douleur à la tête et au dos.

(*Continuation de la quinine ; cataplasme de mie de pain blanc sur le dos et à la nuque ; soupe légère*).

Le 18. Scampaert se promène au jardin et n'accuse plus aucune douleur ; au bout de quatre jours, il reprend ses travaux comme d'habitude.

On se convaincra par l'histoire succincte de ce malade qu'il est impossible de rencontrer dans aucun endroit, cette douleur mieux dessinée et caractérisée ; aussi les personnes qui en ont été atteintes, la reconnaissent-elles facilement et l'ont en horreur.

VIIIe Obs. — T..... J....., épouse de P..... D....., âgée de 34 ans, femme forte, d'une idiosyncrasie bilieuse, quoique depuis quelques jours indisposée par des insomnies, de l'inappétence, des nausées et des douleurs vagues dans la tête, le ventre et le dos, alla le 24 juillet 1836 au marché à Bruxelles, d'où elle revint très-fatiguée sous le poids d'un lourd fardeau dont elle avait été obligée de se charger.

Arrivée chez elle, elle fut prise de douleurs à la région épigastrique (de crampes à l'estomac, suivant ses expressions) qui la menaçaient de suffocation ; après quelques minutes elles quittent l'épigastre, parcourent l'hypocondre et le côté droit, où elles prennent la forme de points pleurétiques, car à la plus légère inspiration la douleur augmente au point que la malade ne peut se remuer dans son lit sans crier, et va se terminer momentanément au milieu du dos, pour de là se fixer pendant un long et pénible frisson, accompagné de froid, suivi de chaleur et de sueur abondante, à la partie inférieure du dos. La malade croyant que le froid descendait pour disparaître par les extrémités, essuya deux accès avant de me faire appeler.

Voici les symptômes qu'elle accuse le jour de ma visite : douleur vive et continue, mais exaspérée pendant les accès, à la région dorsale de la colonne épinière, à l'endroit correspondant aux trois dernières vertèbres dorsales et les premières lombaires, en comptant de haut en bas ; elle augmente par la pression du bout des doigts, s'aggrave par la marche et lorsque la malade se courbe. Cette douleur se propageant aux muscles des fesses, des cuisses et même jusqu'au genoux, et laissant une raideur considérable dans ces parties, la malade est obligée de s'appuyer fortement sur les mains pour se mettre sur son siége.

Me rappelant l'histoire de la maladie d'un nommé Norpain Louis, couché, en 1832, à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madelaine, n° 22, je diagnostiquai une fièvre intermittente avec lumbago. Je crus en outre à la présence d'un rhumatisme musculaire ; je crus à l'exemple de M. Chomel, très-rationnel de faire une saignée ; mais la malade ne voulut à aucune condition s'y soumettre, disant qu'elle était trop faible. Je prescrivis donc le sulfate de quinine en solution ; le lendemain, à mon grand étonnement, la malade se promenait dans la maison sans grande douleur ni raideur. A ma troisième visite, je la trouvai dans son jardin et en état de reprendre ses travaux habituels de la campagne.

J'ai ajouté ici ce fait pour montrer jusqu'à quel point le sulfate de quinine exerce son heureuse influence sur la douleur caractéristique de la fièvre intermittente, douleur qui avant de se fixer dans son lieu de prédilection, peut occuper plus ou moins longtemps différentes branches ou ganglions de nerfs et être ainsi cause de grandes difficultés dans le diagnostic.

Voici maintenant les propositions que je crois pouvoir déduire de ces faits :

1° La fièvre intermittente qui règne les deux tiers de l'année dans la commune de Laeken, est constamment accompagnée d'une douleur plus ou moins forte dans la tête, où elle varie de place, et d'une *douleur fixe à la région dorsale de la colonne épinière, à l'endroit correspondant aux deux ou trois dernières vertèbres dorsales et premières lombaires, en comptant de haut en bas.*

2° Cette douleur augmente à la pression de la main, et malgré ce caractère, elle peut être considérée comme une névrose.

3° Cette douleur disparaît dans la plupart des cas lors de la cessation de la fièvre, et réciproquement la douleur étant dissipée, la fièvre cesse.

4° Dans la plupart des cas, car souvent cette douleur passe à l'état chronique, elle rappelle la fièvre, et n'est enlevée que par un révulsif assez énergique.

5° La douleur caractéristique est souvent précédée ou coexiste avec des douleurs semblables qui causent du désordre dans différentes parties de l'économie ; c'est ainsi qu'elle est précédée ou accompagnée de coliques abdominales, de gastralgie, de dyspnée, d'asthme, et de douleur de toute espèce qui peut en imposer pour toute autre affection : elle est quelquefois la compagne de sciatiques des plus douloureuses, de céphalalgies alarmantes, etc.

6° Ces douleurs, quand elles existent à un haut degré, comme cela arrive souvent, causent après l'accès une

fièvre de réaction, de l'assoupissement et des symptômes, qui lorsque les accès sont très-rapprochés, changent la fièvre remittente en continue, affaiblissent considérablement les malades et les jettent dans l'ataxie et l'adynamie.

7° Cette fièvre intermittente est une maladie de la moelle épinière ayant son siége dans la région dorso-lombaire indiquée plus haut.

8° Cette fièvre atteint les personnes de tout âge, les enfans à la mammelle, et les octogénaires comme les adultes.

9° La fièvre intermittente, à sa période d'incubation, est accompagnée des symptômes en rapport avec l'intensité de son début.

10° Il y a de l'analogie entre le typhus et la fièvre intermittente, en cela que les symptômes de la période d'incubation de la fièvre sont les mêmes que ceux du typhus; que le début de l'une et de l'autre de ces maladies est annoncé par un long frisson; que la fièvre ainsi que le typhus sont accompagnés de douleur du dos; que quand elle a tant d'analogie avec le typhus, la fièvre atteint deux ou plusieurs individus dans une même maison; que la fièvre abandonnée à elle-même peut passer à l'état d'ataxie et d'adynamie, et qu'enfin le même médicament convient à l'une ou à l'autre de ces maladies.

11° Il est très-sage, lorsqu'il y a fusion des accès, par des symptômes plus ou moins graves, d'enlever le plutôt possible la fièvre.

12° Sa prolongation jette le malade dans la faiblesse, engorge les organes parenchymateux, dégénère en typhus ou cause une infiltration générale.

13° Le sulfate de quinine enlève les douleurs concomittentes, la gastralgie, la sternalgie, etc., aussi bien que la douleur caractéristique du dos.

14° La saignée diminue quelquefois la maladie, et souvent les symptômes n'apparaissent avec tout leur cortége qu'après l'évacuation sanguine. Enfin, la douleur caractéristique à l'état aigu résiste très-souvent aux saignées locales et générales, et ne cède qu'à l'emploi du quinquina à haute dose.

15° Quand il y a fusion d'accès, on peut impunément administrer le sulfate de quinine pendant les paroxysmes, mais alors préférablement par la méthode endermique, car introduit dans l'économie, il doit agir sur les accès à venir.

Symptômes de phthisie. Guérison par le sublimé corrosif. (Observation communiquée par M. le docteur A. Accarain, de Mons.)

Panis, âgé de 27 ans, grand, maigre, cheveux blonds, yeux bleus, habitant Saint-Symphorien, exerçait l'état de cordonnier depuis 1832, époque où il avait quitté le service militaire. Voilà six mois, il ressentit un rhume qu'il attribua à un refroidissement, et qui, loin de diminuer sous l'influence d'un traitement en apparence rationnel, finit par le retenir au lit. Quatre médecins avaient successivement attaqué le mal sans l'arrêter, et déclaré le malade atteint de phthisie pulmonaire. Quatre docteurs! certes, les parens n'avaient rien à se reprocher, le patient s'en allait selon les règles de l'art. Toutefois, pour satisfaire jusqu'au bout les désirs d'un mourant, ils me prièrent de me charger du legs de mes confrères. Quand je vis Panis pour la première fois, il était immobile dans son lit, souffrant d'atroces douleurs de poitrine au moindre mouvement, découragé, les yeux brillans et enfoncés dans leur orbite, les joues caves et d'une pâleur sale, la langue rouge. Après l'examen des organes respiratoires, je conclus à l'existence d'une phthisie tuberculeuse ou d'une bronchite chronique, deux affections dont le diagnostic différentiel est parfois impossible. Ajoutez à cela un pouls fréquent et petit, des sueurs colliquatives, une diarrhée fréquente, la rougeur momentanée des pommettes, des crachats épais, verts et nummulaires, et le tableau sera complet. Je ratifiais, à part moi, le jugement de mes prédécesseurs, tout en regrettant d'être venu après eux, lorsque je m'avisai de demander au malade s'il n'avait pas été militaire. Sur sa réponse affirmative, je voulus savoir s'il n'avait jamais contracté la syphilis, et j'appris qu'il avait remarqué un jour sur le gland un bouton assez gros, qui s'était ulcéré, sans que du reste il n'avait eu ni écoulement urétral ni engorgement des testicules ou des aînes; qu'il n'était pas entré à l'hôpital et n'avait suivi aucun traitement. Je levai alors les couvertures et trouvai un abcès à la partie interne de la cuisse droite, ouvert depuis une heure à l'insu du malade. Sa femme qui, avant le mariage, avait toujours été bien portante, présentait un engorgement considérable des glandes parotide et sous maxillaire droites; l'enfant, de quelques mois, était cachectique et souffrait d'un suintement très-fétide derrière les oreilles.

Je crus reconnaître la syphilis dans tous ces symptômes, et administrai le mercure d'après la méthode de Dzondi, une potion calmante et le bouillon de veau. Huit jours après, le malade allait mieux; de semaine en semaine, il usa d'alimens plus substantiels et reprit de l'embonpoint. Le pus des deux vésicatoires qu'on avait appliqués avant ma première visite sur le devant du thorax perdit son ancienne fétidité. La toux et les crachats disparurent; la gaieté revint avec les forces, et Panis put enfin sortir. Aujourd'hui il parcourt la campagne qu'il avait cru ne plus revoir, et moi je rends graces au mercure sans comprendre son action.

Quelques observations pour servir à l'histoire des luxations scapulo-humérales; par Florent Cunier, médecin militaire, etc., etc.

Il n'est point de partie de la chirurgie qui ait été aussi longtemps négligée que celle des *fractures* et *des luxations;* on pensa très-tard, aux ressources que l'on pouvait retirer de l'application méthodique de la main

dans la réduction de ces dernières. *Hippocrate* a le premier douté de son efficacité, ce qui ne doit être attribué qu'au peu de connaissances qu'il avait de la structure et de la physiologie des parties intéressées. Il a inventé diverses machines fort ingénieuses. *Oribase* (1) s'est aussi beaucoup occupé de ces machines et les modernes y en ont ajouté beaucoup d'autres. On trouve dans *Ambroise Paré* (2), *Fabrice d'Aquapendente* (3), les *Mémoires de l'Académie royale des Sciences*, des descriptions de ces sortes de machines. *J. L. Petit.* (4), donne pour la réduction de la luxation scapulo-humérale, la description d'une machine qui n'est qu'une copie de celle d'Oribase.

Nos progrès en anatomie et en physiologie nous ont fait abandonner les procédés défectueux mis en usage pendant si longtemps pour faire rentrer la tête de l'humérus dans sa cavité; c'est ainsi que sont tombés dans l'oubli, l'*ambi* ou banc d'Hippocrate, la porte, l'échelle. les machines qui leur ressemblent, le procédé du talon. On n'a pas oublié le procédé cruel dont Richerand vit faire l'application dans sa jeunesse (5).

Si cette partie de la chirurgie est restée longtemps dans l'enfance et l'imperfection, c'est que l'étude des luxations a souvent paru, et est peut-être encore regardée comme de peu d'importance, par quelques médecins, et que, pour me servir de l'expression de *Percivall Pott*, la plupart d'entre eux *se croiraient insultés si on leur proposait de les instruire sur une matière qu'ils croient posséder à fond!*

La population des campagnes envisage encore les choses sous le même point de vue que ces médecins, et regarde la réduction d'une fracture et *surtout d'une luxation* comme une opération fort simple et que tout individu qui en a l'habitude peut faire comme un homme habile, en fort peu de temps et très-facilement. Cette partie opératoire fut autrefois l'apanage exclusif des maréchaux-ferrans; je connais encore aujourd'hui un maréchal de village dans la famille duquel les vieilles femmes racontent que l'adresse de réduire les fractures et les luxations a passé de père en fils. Le médecin de cette commune a eu, à ma connaissance, quelquefois recours à lui. On n'a pas oublié la réputation aussi colossale que courte de madame *Mapp* que toute l'Angleterre allait consulter.

Si le traitement des fractures et des luxations est un point de la plus haute importance, et qui demande beaucoup d'étude, on est d'un autre côté souvent réduit à l'incertitude sur le siége et le diagnostic à cause de la diversité d'opinions des auteurs; de là des erreurs fréquentes.

L'embarras où je me suis quelquefois trouvé dans les cas de luxation scapulo-humérale que j'ai rencontrés, m'a donné l'occasion de faire quelques recherches. C'est le produit de ces recherches que je vais essayer de donner en exposant et en cherchant à rapprocher les opinions des auteurs que j'ai consultés. Je n'ai point discuté leur doctrine parce que je m'en sais incapable; je ne l'ai exposée que pour arriver au récit de quelques observations qui me sont propres.

La disposition anatomique des parties qui entourent l'articulation scapulo-humérale a porté Richerand à ne pas admettre de luxation *en haut*, et à révoquer en doute que l'on ait quelquefois observé des luxations *en arrière*, à cause de l'obstacle qu'y oppose le tendon de la longue portion du triceps brachial; il regarde la luxation *en avant* comme très-rare et celle *en bas* comme étant la plus fréquente.

Boyer, sir Astley Cooper, Monteggia, Chelius, Van Ousenoort, etc., reconnaissent trois luxations complètes:

1° La luxation en bas, ou dans l'aisselle, dans laquelle la tête humérale repose, dit-on, sur la côte de l'omoplate au-dessous de la cavité glénoïde.

2° La luxation en avant ou en dedans, dans laquelle la tête de l'os se trouve au côté interne de l'apophyse coracoïde; mais on n'est pas d'accord sur sa position précise; les uns la mettent dans la fosse sous-scapulaire, les autres sous le muscle grand pectoral (1).

---

(1) *De machinamentis;* ce livre et un autre de *Laqueis* ont été traduits en latin par *Vidus Vidius* et insérés dans l'édition *in-folio* des œuvres d'Oribase, Zurich 1555. *Antoine Cocchi* a publié à Florence en 1754, un ouvrage de *Solanus, de fracturarum signis* et y a ajouté deux livres d'Oribase *De fractis et luxatis*.

(2) *Ambrosii Paræi, op. novis. icon. elegantis illustrata et latinitate donata*, Paris, 1582. Nous voyons quelques années plus tard *Pierre Pigray* abandonnant l'ouvrage des machines, pour recourir à l'application de la main, le chirurgien étant servi dans l'extension et contre-extension, *par des ministres par luy deuenient instruits de leur office et manière de fayre.* — Chirurgie, liv. VI, *Méthode pour bien joindre les fractures*, page 420, et *Méthode pour remettre les os luxez*, page 425, Paris, 1609.

(3) *Chir. univ.* liv. 4.—*Pantathencus chirurgicus*, Francfurtii, 1592.

(4) *Maladies des os*, traité publié par *Louis*.

(5) *Nosographie et Thérapeutique chirurgicales*, tome II, pag. 309.

(1) Dans presque tous les cas, dit *Larrey*, (Clinique chir. tome 3, p. 280), la luxation se fait en dedans et en avant, sous le tendon du *grand pectoral;* elle peut avoir une étendue plus ou moins grande, de manière même que la tête de l'os déplace ou distend au devant d'elle les nerfs et les vaisseaux axillaires, complication grave qui commande une prompte réduction où le malade est condamné en outre de l'immobilité du membre, à un travail douloureux, permanent, qui peut nécessiter l'amputation : on en a vu des exemples.

Larrey, (L. C.) rapporte un fait très-remarquable par l'aberration de la tête de l'os luxé chez un jeune homme qui avait survécu longtemps à son accident. Dans une chute violente que ce sujet avait faite sur la paume de sa main, le membre fortement étendu et écarté du corps, la tête de l'humérus non-seulement sortit de la cavité par son côté antérieur, mais elle s'enfonça entre les deuxième et troisième vraies côtes dans la cavité de sa poitrine, où elle fut retenue et étranglée par l'écartement de ces deux côtes, qui n'avaient d'abord cédé au passage de cette éminence osseuse que par la violence de sa pression ou de son introduction. Le professeur Prochaska a mon-

3° La luxation en arrière ou en dehors, dans laquelle la tête de l'os se trouve dans la fosse sous-épineuse.

La présence des apophyses acromion et coracoïde, unies par un ligament très-fort, rend impossible la luxation directement en haut; Hippocrate, *de articulis*, fait observer qu'il ne l'a jamais rencontrée. Elle n'est possible que dans le cas de fracture comminutive des apophyses acromion et coracoïde, comme à la suite d'une chute sur le coude, lorsque le bras est rapproché du tronc. Les chirurgiens les plus célèbres n'admettent même pas la luxation incomplète de la tête de l'humérus en haut, derrière le bec coracoïdien. Sir Astley Cooper, (*on dislocations*) en cite un exemple et une dissection du docteur Patey, chirurgien de l'hôpital Saint-Thomas de Londres: la partie supérieure de la capsule étant déchirée, la tête de l'humérus s'appuyant contre le bord supérieur de l'apophyse coracoïde. M. le docteur Laugier a consigné dans les *Archives de médecine* de mai 1834, une observation de cette espèce de luxation recueillie à l'hôpital Necker. M. le médecin homœopathe Bron et moi, avons eu occasion de constater, par l'autopsie cadavérique, l'existence de cette luxation sur le cadavre d'un caporal du 3e régiment de chasseur à pied qui fut retiré de la rivière le Hoyoux, à Huy, dans les premiers jours du mois de décembre 1831. Je regrette beaucoup d'avoir perdu les détails anatomiques de cette observation intéressante à cause de la diversité des opinions; ces détails ont été transmis à monsieur l'inspecteur général du service de santé de l'armée avec mon rapport numérique et générique des malades traités à l'infirmerie de la garnison de Huy pendant le quatrième trimestre 1831.

« M. Malgaigne (1) a démontré par des expériences sur le cadavre, par les autopsies de sujets chez qui on avait reconnu l'existence de la luxation *en bas* et enfin par l'examen des symptômes, que dans la lésion qu'on a décrite sous ce nom, la tête humérale n'est pas réellement placée sous la cavité glénoïde, mais bien sous l'apophyse coracoïde, le trochiter reposant dans la partie inférieure de la cavité glénoïde, le col huméral appliqué sur le rebord glénoïdien antérieur. Tous les symptômes décrits par les auteurs se rapportent à ce déplacement; mais de plus M. Malgaigne en a découvert de nouveaux qui ne sont pas moins importans, puisque dans un cas difficile ils ont servi à M. Dupuytren à diagnostiquer une luxation datant de 35 jours, qui avait été prise pour une fracture du col de l'humérus. »

« L'un de ces signes n'est pas constant, c'est la rotation du bras en dehors. Les deux autres existent toujours, ce sont :

1° La saillie de la tête de l'os à la partie antérieure et latérale de la poitrine, sous l'apophyse coracoïde, où elle soulève le grand pectoral.

2° L'allongement très-sensible de la paroi antérieure de l'aisselle, mesurée depuis son bord libre jusqu'au bord inférieur de la clavicule, et qui coïncide d'ailleurs avec l'allongement du bras.

« La position de la tête de l'os n'est pas toujours uniforme; quelquefois elle est retenue à quelques lignes au-dessous du bec coracoïdien. Ces variétés tiennent à diverses causes qu'il n'est pas toujours possible de prévoir.»

« M. Malgaigne admet cependant la réalité de cette luxation en bas, mais toute différente de celle des auteurs, dont il n'a pu trouver que trois exemples; deux autopsies et une observation sur le vivant. Le symptôme principal doit être un allongement de près d'un pouce et demi; et dans le seul cas dont les signes aient été donnés, il y avait une mobilité extraordinaire du membre, indiquant une rupture complète de sa capsule. »

La luxation *en avant* ou *en dedans* est très-rare; M. Malgaigne en cite deux observations qui lui appartiennent et une troisième rapportée par Whytt. Ce sont les seules qu'il ait pu reconnaître avec une symptomatologie exacte (1). Un exemple singulier de cette luxation, la tête de l'humérus étant logée dans la fosse sous-scapulaire, se trouve consigné dans une brochure hollandaise, imprimée à Utrecht, en 1830, et renfermant la clinique chirurgicale de l'hôpital militaire d'instruction pendant les années 1829 à 1830. En voici la traduction :

Cas remarquable de luxation de l'humérus. (Zeldzaam geval van ontwrichting van het opperarm).

Le sieur K...., premier lieutenant-inspecteur de l'administration près de l'armée des Indes-Orientales, âgé de 36 ans, d'un tempérament que le séjour dans les pays chauds avait rendu sanguin-nerveux, maigre, cheveux noirs, os petits, système musculaire peu développé, contracta pendant son séjour en cette ville, une fièvre intermittente, et lorsqu'il en fut guéri, une violente conjonctivite, (chemosis) des deux yeux, pour laquelle il fut admis à l'hôpital militaire d'instruction.

Pendant le *stadium reconvalescentiæ* de cette der-

---

tré à Larrey le thorax disséqué de ce sujet, dans l'intérieur duquel on voyait toute la tête de l'humérus enveloppée par la plèvre et le reste de cet os formant une équerre avec le tronc.

(1) *Lancette Française, Gazette des hôpitaux civils et militaires*,—20 janvier 1835. Je suis obligé de rapporter presque en entier l'article de ce journal, où il est rendu compte du mémoire de M. Malgaigne, *sur la détermination du siége et du diagnostic différentiels des luxations scapulo-humérales.*

(1) Ces symptômes sont :

1° L'allongement du membre et de la paroi axillaire antérieure.

2° On ne peut sentir la tête de l'os dans l'aisselle.

3° Le bras est accolé au tronc et ne peut en être écarté qu'avec beaucoup de difficulté et de douleur.

4° La tête de l'humérus fait saillie dans le creux sous-claviculaire, en dedans de l'apophyse coracoïde; et cette saillie non arrondie paraît appartenir à la grosse tubérosité de l'humérus.

nière affection, M. Kerst (1) fut appelé auprès du lieutenant, pendant la nuit, et trouva une luxation, en avant, (*voorwaartsche*) du bras gauche, qui fut facilement réduite.

M. K.... raconta alors à M. Kerst qui lui demandait la cause de cette luxation, que cela lui était arrivé pendant le sommeil, la tête reposant sur le bras et que c'était la troisième fois, depuis son retour des Indes, qu'il se luxait le bras sous les mêmes circonstances.

A la demande s'il avait eu le sommeil agité? avait rêvé? il répondit qu'il n'en savait rien, et l'infirmier de garde donna la même réponse. Le lendemain matin, en s'entretenant avec M. K.... et cherchant à découvrir à quelle cause ce relâchement particulier de l'articulation pouvait être attribué, M. Kerst apprit que le malade, comme quelques Européens qui habitent les Indes, avait la coutume de se faire oindre de temps à autre en sortant du bain, les extrémités avec des huiles aromatiques et de les faire mouvoir mollement (*zacht bewegen*) par sa ménagère indigène; qu'après un certain temps, cette coutume amenait une telle mobilité des articulations, qu'elles craquaient au moindre mouvement; *qualité* à laquelle tiennent beaucoup les belles Javanaises.

Observation. — Que la luxation ait eu lieu chaque fois plutôt la nuit que le jour, cela paraît devoir être attribué à la relaxation générale dans laquelle le système musculaire de l'économie animale se trouve pendant le sommeil.

On pourrait considérer ici comme cause prédisposante, la position élevée du bras, qui formait ainsi avec le cou un angle plus ou moins aigu, de telle façon que la tête de l'humérus reposait dans la cavité articulaire de la même manière que contre un plan incliné; tandis que la circonstance déterminante (*de gelegenheid oorzaak gevende*) devra être recherchée dans la pression de la tête sur le bras, secondée peut-être, par une contraction fortuite du muscle sous-scapulaire.

Les observations de luxation de l'humérus se reproduisant la nuit ne sont point rares; deux fois pendant l'hiver dernier j'ai réduit une semblable luxation à M. J...., capitaine d'infanterie. Il fut un temps où cela arrivait fréquemment à mon frère officier d'artillerie.

Quant aux luxations *en arrière* ou *en dehors*, *sous-acromiales* de M. Malgaigne, Richerand dit que l'on peut raisonnablement douter de leur existence parce qu'aucune n'est appuyée par l'autopsie cadavérique. M. le professeur Sebastiaan l'a rencontrée deux fois sur les cadavres qui servaient à ses démonstrations anatomiques. Un journal anglais (*London medical Gazette*), en a rapporté une observation en 1833.

Mon père et moi, avons eu récemment occasion d'observer cette luxation:

Magloire Dubrunquet, dit *Massoue*, âgé de 23 ans, grand, large, musculeux, robuste, journalier, alors pour compte de M. Godefroid, herboriste à Belœil, était monté sur un tilleul pour en cueillir les fleurs, lorsqu'une branche cédant sous son poids, il tomba d'une hauteur de seize pieds, le bras gauche contre une pierre très-grosse (une borne élevée d'environ trois pieds au-dessus du sol) de telle façon que le choe ramena le coude fortement en avant et en haut. Un médecin appelé immédiatement, ne reconnut que des contusions à la partie moyenne et postérieure du bras, et au moignon de l'épaule, saigna le malade et prescrivit des fomentations froides (1). Le lendemain, Dubrunquet quitta la commune où cet accident lui était survenu, et se traîna

(1) Chirurgien-major, professeur de pathologie et de thérapeutique chirurgicales à l'hôpital militaire d'instruction d'Utrecht.

(1) Un cas assez extraordinaire qu'on trouve dans *Galien* (*Comment. I. in homm. Hippocr.* de offic. med. Charter. tome XII. p. 6) apprend avec quelle précaution on doit s'y prendre pour distinguer les luxations. Un homme en s'exerçant à la lutte eut le bras luxé; le médecin comparant la partie malade avec l'autre qui était saine ne trouva cependant aucune différence dans l'article, ce qui lui fit décider assez témérairement qu'à la vérité l'endroit était blessé, mais que l'article n'avait point été dérangé. En conséquence il ordonna qu'on baignât le malade, qu'on lui appliquât sur la partie blessée un morceau de laine trempé dans de l'huile avec un peu de cire, qu'on le mît au lit et qu'il reposât; mais malgré cela la douleur ne se ralentit point pendant la nuit; il revint le lendemain (fort en colère de ce qu'on avait consulté d'autres médecins encore plus ignorans que lui) et confirma sans hésiter le jugement qu'il avait porté la veille, disant que la douleur ne venait que de l'inflammation de l'épaule blessée et qu'il fallait continuer à suivre ce qu'il avait ordonné. Le troisième jour, la douleur ne diminuant point, on consulta *Galien*, qui, en examinant le bras, vit qu'effectivement il n'y avait aucune cavité contre nature vers l'article, et qu'au contraire l'humérus était plus enflé que l'autre que l'on croyait être dans son état naturel. Mais lorsqu'il eut passé ses doigts sous l'aisselle du bras malade, il s'aperçut aussitôt que la tête de l'os déboîté y était tombée, ce qui lui fit conclure qu'il y avait luxation. Le médecin avait été trompé par la comparaison qu'il avait faite de la partie blessée avec l'autre qu'il croyait saine; puisque le malade, sur les questions que lui fit Galien, dit qu'il se ressouvenait qu'il y avait longtemps qu'étant tombé de dessus un char il s'était blessé ce bras, ce qui avait dérangé l'acromion; ainsi le bras que l'on croyait dans son état naturel avait une cavité contre nature proche de l'article; par conséquent la comparaison des deux bras avait trompé le médecin.—*Van Swieten*, *Comment. des aphor. de Boerhaave*, aph. 365, traduction de *Louis*, 1768, vol. III. page 421.

Cette observation n'a, il est vrai, aucun rapport avec celle que je relate; mais j'ai été étonné de ne trouver au chapitre des *Erreurs du diagnostic* de la *Thèse de Concours* récemment soutenue par *A. Bérard*, aucun exemple de ces erreurs relatives aux luxations scapulo-humérales; cette observation eut cependant très-bien figuré dans son §. VIII. L'erreur de diagnostic du médecin appelé par Dubrunquet pourrait être rangée dans son § IX, ou mieux peut-être dans son § XII.

Galien rapporte dans ses commentaires sur Hippocrate une erreur de diagnostic dont il a failli devenir la victime; Hippocrate dit qu'il a connu plusieurs médecins, et des plus distingués qui croyaient que l'article était luxé parce que le déplacement de l'a-

jusqu'à Belœil. Mon père ne se trouvant pas à la maison, je me rendis chez le malade.

Il existait un gonflement fort considérable avec déformation de l'épaule et une douleur intolérable, surtout pendant les mouvemens que j'essayais d'imprimer au bras. La saillie de l'os du bras sur l'omoplate, sous l'épine de cet os, le bras et surtout le coude étroitement rapprochés du devant de la poitrine et la douleur occasionnée lorsque je voulais l'en écarter, la tension du grand pectoral me firent diagnostiquer une luxation de l'humérus en arrière, la tête étant logée dans la fosse sous-épineuse.

Je procédai à la réduction qui s'opéra à la troisième tentative seulement, avec un bruit que mon père, survenu depuis mon arrivée, et tous les assistans *entendirent bien distinctement.* Dès lors le bras reprit sa direction, et le moignon de l'épaule sa position naturelle. Les douleurs violentes occasionnées par les mouvemens de circonduction, ne permettaient cependant pas à Dubrunquet de porter la main vers la tête. Le bras fut maintenu en repos et on appliqua un bandage tel que les bords déchirés de la capsule fussent maintenus dans le contact le plus parfait.

Le lendemain matin, une large plaque jaunâtre recouvrait le deltoïde, le moignon de l'épaule et l'omoplate; des compresses imbibées d'oxycrat dont l'usage avait été ordonné la veille, continuèrent à être appliquées sur la partie et sur l'ecchymose qui existait également à la partie du bras qui avait rencontré la pierre dans la chute.

L'eau de goulard remplaça bientôt l'oxycrat.

Des douleurs fixes à la voûte acromio-coracoïdienne et à l'empreinte deltoïdienne tourmentaient beaucoup le malade. L'engorgement persistait et était *emphysémateux* au toucher (1). On insista sur les topiques résolutifs. Quelques jours plus tard les douleurs avaient disparu. Après vingt jours la tuméfaction commença à se dissiper d'une manière sensible; le trentième jour le malade exécutait facilement des mouvemens très-étendus, la tuméfaction était complétement disparue.

Cinq jours plus tard, Dubrunquet partit malgré mon avis, pour la France, où il a coutume d'aller, depuis quelques années, faire la moisson en qualité de *piqueteur.*

Rentré depuis quelques jours de cette excursion, il m'a dit avoir ressenti quelquefois des douleurs dans l'articulation, et que chaque fois elles avaient cédé aux frictions avec l'eau-de-vie camphrée dont l'usage lui avait été prescrit vers la fin du traitement.

On s'est en général, fort peu occupé du traitement à suivre après la réduction des luxations. M. Malgaigne a lu dans la séance de l'*Académie de médecine* du 31 octobre 1835, un savant mémoire à ce sujet.

P. Duverney (1) et J. L. Petit (2) pensaient que dans le déplacement récent les ligamens étaient seulement distendus et qu'après une prompte réduction ils reprenaient leur solidité première (3); dès lors la réduction remettait tout à l'état normal, et si elle était tardive, il suffisait encore de quelques jours pour restituer aux ligamens leur élasticité seulement diminuée. On fut longtemps, ajoute M. Malgaigne, à revenir de cette erreur, et Pott (4) qui admettait le déchirement des ligamens, mais dans quelques cas seulement, le regarde comme un objet de peu de conséquence.

Thompson (5) a consigné dans les *Médical observa-*

---

cromion faisait paraître *la jointure supérieure de l'humérus enfoncée et creuse.*

M. Mayor (*Gazette médicale de Paris,* n° 22, 28 mai 1836), donne l'observation d'une luxation humérale qui avait été prise et traitée pour un rhumatisme à cause des douleurs, etc., etc. Un journal américain (The Philadephia monthly journ : of méd. and surg.) rapportait en 1827, l'observation de la luxation des deux humérus dans la cavité axillaire, méconnue pendant longtemps. L'une de ces luxations fut réduite après sept mois, la seconde après un espace de temps assez long.

(1) Je n'entends point par là qu'il y ait un *emphysème ;* mais l'engorgement observé tenait plus de l'emphysème que de l'œdème. Peut-être a-t-il existé chez Dubrunquet une infiltration de l'air dans le tissu cellulaire, ainsi que l'a observé Desault en reduisant une fracture ancienne.

(1) Mémoires de l'Académie royale des sciences.

(2) OEuv. ch., Malad. des os.

(3) *Pierre Pigray* était loin de penser comme eux; on lit dans son livre VI, chap. IV.... Et la réduction bien et duement faicte il la faut contenir et conserver, premièrement avec un emplastre astringent, tel que nous avons escryt cy dessus en la curation des fractures, qui conforte et corrobore la partie, puis avec un bandage proprement et dextrement faict selon le naturel et la commodité du lyen et que les bandes soyent faictes de largeur et longueur, comme nous avons monstré en son lyeu, et ne lever l'appareil de huit ou neuf jours, si quelque douleur, inflammation ou prurit ne nous y contraint, luy faisant faire quelque petit mouvement pour empescher l'enchylosis, puis après les premiers jours que l'on sera asseuré qu'il ne s'y fera aucune fluxyon on pourra user de remèdes un peu discutifs, qui néantmoins corroborent toujours la partie : l'emplastre de diapalma meslé avec un tiers de dessiccativum rubreum, y est fort propre et a vertu de desseicher et absorber quelque humeur qui est sortye de petites veines par la contusion et pour conforter les parties nerveuses, on usera du liniment qui s'ensuyt, etc. — *Chirurgie*. page 425. in-8°, 1609.

George De Lafaye (Principes de chir : in 8°, 1762) attache le plus grand prix au traitement consécutif à la réduction et recommande l'usage de bandages appropriés, etc.

Duprouy (journal de médecine, vol. XXVIIIe,) fait la même recommandation ; il en est de même de *Delaroche* qui reconnaissait la déchirure de la capsule.

(4) Traité des fractures et des luxations, par Percival Pott, 1768.

(5) Thompson vivait vers le milieu du 17e siècle, et fut élève du célèbre anatomiste P. Duverney. Il est à remarquer que M. Malgaigne ne fait point mention des dissections de ce médecin. — *Pott,* dans son *traité des fractures et luxations* admet bien formellement la déchirure; voici sa proposition 3 du livre des luxations : *Les ligamens capsulaires de plusieurs articulations où il se fait un grand mouvement, sont faibles,*

tions and Inquiries plusieurs dissections d'où il résulte que la totalité de la capsule humérale est fréquemment rompue dans tout son pourtour.

La déchirure est aujourd'hui admise par tous les chirurgiens ; elle se présente d'une manière tellement constante qu'on a posé en fait que :

A. « Toute luxation complète entraîne inévitablement » la déchirure au moins partielle de la capsule. »

B. « Il est possible que la tête humérale se luxe sous » l'apophyse carocoïde sans que la capsule soit rompue; » mais alors la luxation est toujours complète. »

C. « Il est impossible que la tête humérale se place sur » la côte de l'omoplate, ou dans la fosse sous-scapulaire, » ou dans la fosse sous-épineuse (comme cela a eu lieu » chez Dubrunquet) sans que la capsule soit complé- » tement déchirée, ou au moins dans une grande par- » tie de son étendue (1). »

Deux fois j'ai pu disséquer des articulations récemment luxées ; l'une fois, ainsi que je l'ai déjà dit, j'ai rencontré une luxation incomplète en haut, et dans les deux cas j'ai trouvé une déchirure complète de la capsule. Mais j'ai eu occasion de me livrer à des investigations anatomiques sur des cadavres d'individus dont l'épaule avait été anciennement luxée, et j'ai rencontré ainsi que l'enseignent plusieurs chirurgiens, et que l'a écrit M. Malgaigne, *une cicatrice intermédiaire qui fait présumer que l'affrontement est rarement exact* (2). Cette solution, fait observer ce médecin, est du reste constamment baignée par la synovie et le tissu fibreux est le plus rebelle à la réunion. Le gonflement peut être abandonné à lui-même, mais il paraît plus rationnel de rapprocher les os par un appareil spécial dans le double but d'agir sur le gonflement par la compression et de rapprocher les bords de la déchirure capsulaire.

On ne doit donc pas se borner à maintenir le bras en repos ; il faut encore donner au membre une position telle que les bords déchirés de la capsule soient dans le contact le plus parfait. Si la réunion n'est pas complète, le tissu intermédiaire qui jouit de moins de solidité, enlèvera à la capsule beaucoup de la fermeté avec laquelle elle resserrait la tête humérale (3). C'est ce qui aura probablement eu lieu chez le lieutenant K.... dont l'observation a été rapportée plus haut, ainsi que chez le capitaine J.... Ce dernier officier s'était luxé l'épaule cinq fois en une année ; la seconde fois qu'il eut recours à moi, je fis usage, comme en dernier lieu chez Dubrunquet, des récommandations de M. Malgaigne, qui me paraissent les plus propres à s'opposer d'une manière efficace aux récidives de luxations de l'humérus. La faiblesse d'action qui restait dans le membre a disparu et depuis six mois aucune nouvelle luxation n'est survenue, tandis qu'elle se renouvelait auparavant à des intervalles très-rapprochés.

Mon frère a été soustrait à des récidives fréquentes, par l'usage, que lui prescrivit mon père, d'un bandage contentif appliqué après la réduction et longtemps continué.

Pendant mon séjour dans la garnison de Nieuport, en 1833, je fus appelé par une dame anglaise logée chez M. Miago, dans la rue d'Ostende ; cette dame venait de se luxer le bras, et me dit, en riant, que cet accident se renouvelait à des intervalles si rapprochés qu'il avait fourni à son mari l'occasion *d'apprendre à réduire la luxation.* Après avoir procédé à la réduction, j'appliquai un bandage exerçant sur la partie une compression assez forte, en même temps qu'il maintenait le bras fixé contre le tronc. Le membre fut condamné à un repos presque absolu pendant un trentaine de jours (1) et six mois plus tard aucune récidive ne s'était encore manifestée. Cette dame partit alors pour le Portugal où elle allait rejoindre son mari, officier au service de ce pays.

CORRESPONDANCE.

Notre impartialité nous fait un devoir d'insérer la lettre suivante que nous a adressée M. le docteur Cunier, en réponse à deux articles de M. Thirion, de Namur, qui ont paru dans ce journal à l'occasion de la publication des ouvrages de M. Eble sur l'ophthalmologie. Bien que nous ne partagions point l'opinion de l'auteur de la lettre, quant aux intentions qu'il prête à M. Thirion, nous nous abstenons de tout commentaire, lais-

---

extensibles et toujours humides; c'est pour cela qu'ils peuvent souffrir une violence considérable sans être rompus, bien que cette rupture ait lieu fréquemment.

(1) Ces propositions appartiennent à M. Malgaigne.

(2) Chez un sujet, le grenadier Pirquin du 4e bataillon du 2me de ligne, mort en 1833 à l'infirmerie militaire de Nieuport, je trouvai trois ruptures anciennes de la capsule et trois cicatrices intermédiaires, peu consistantes, qui paraissaient elles-mêmes avoir été rompues plusieurs fois et rendre parfaitement compte des récidives fréquentes de luxation qui avaient tourmenté Pirquin pendant les trois dernières années de son existence. Ces cicatrices intermédiaires donnaient à la circonférence de la capsule articulaire une étendue de trois lignes de plus qu'à celle du côté opposé.

(3) L'observation faite sur le grenadier Pirquin le démontre assez. Voyez la note ci-dessus.

(1) Immédiatement après la réduction, cette dame pouvait exécuter tous les mouvemens, et cet accident auquel elle s'était habituée, ne la contrariait que pour autant que la luxation ne fût point réduite. Presque toutes les personnes qui se luxent fréquemment le bras ont coutume de s'en servir immédiatement après la réduction ; on ne ferait cependant pas mal de se rappeler ce qu'a écrit Hippocrate (de articulis, sextu 29, charter. Tome XII, page 308).

« *Ceux qui après la réduction de l'article n'ayant rien d'enflammé aux environs, peuvent sur le champ faire agir le bras sans douleur croient qu'il n'y a plus rien a leur faire. Mais il convient au médecin de penser tout autrement qu'eux, parceque leur bras peut se déboiter de nouveau bien plus aisément qu'à d'autres dont les ligamens seraient enflammés.*

sant à notre collaborateur le soin de répondre s'il juge à propos de le faire. Nous accueillerons, ainsi que nous l'avons promis, tous les articles qui auraient pour but d'éclairer la question de l'ophthalmie qui règne dans notre armée, et nous accédons volontiers au vœu exprimé par M. Cunier, à la fin de sa lettre, que tous les partis se donnent rendez-vous dans le *Bulletin médical Belge*, mais nous exigerons pour première condition que cette polémique soit *modérée et toute scientifique.*

OPHTHALMOLOGIE.

Lettre adressée à M. le rédacteur en chef du *Bulletin médical Belge;* par M. Florent Cunier, médecin militaire, etc., etc.

Habent sua fata libelli; quelque soit le mal ou le bien que l'on dise d'un ouvrage, il finira toujours par être apprécié à sa juste valeur. Je suis loin de m'élever contre les attaques nombreuses et parfois déraisonnables auxquelles a été récemment en butte le traité de M. Burkard Eble, *Ueber den Baû ûnd die krankheiten der Bindehaut des Aûges, mit besonderem bezüge auf die contagiœnse Augenentzündûng*, publié à Vienne en 1828 (1); mais l'amitié qui me lie à l'auteur m'impose une obligation dont je m'acquitte avec plaisir, quelque courts que soient les momens de santé dont je puisse disposer. Je ne parlerai ni de l'injustice ni de la mauvaise foi de ceux qui ont critiqué cette œuvre; il est trop pénible de retrouver dans ces écrits des injures, des personnalités du genre de celles qui ont envenimé les premières discussions sur l'ophthalmie qui règne dans notre armée.

Le traducteur, M. De Losen, s'est battu les flancs pour mettre sur le compte de M. Eble des contradictions sans nombre, des *consequences fausses;* mais ainsi que l'a fait observer M. Marinus, (*Bulletin médical, mars* 1836), M. De Losen *a quelquefois fait dire à l'auteur tout l'opposé de ce qu'il a écrit* dans l'original allemand. On le surprend çà et là faisant la leçon à M. Eble.

Eh! l'ami! qui te savait là!

Mais ne nous trompons pas sur le but que s'est proposé M. De Losen : il écrit à l'ophthalmologiste de Vienne :

« *Quant aux notes dont j'ai accompagné ma traduction*, s'il en est quelques-unes (celles surtout relatives à l'étiologie de la maladie) qui ne soient pas d'accord avec votre manière de voir à cet égard, *vous ne devez les regarder que comme l'expression non d'une humeur critique, mais* D'UNE OPINION TOUTE LOCALE. »

La questa cauda non é di questo catto! s'écriera-t-on avec la créole Évangelista, de M. de Balzac. Le doute est permis; mais aux incrédules, je dirai que cette phrase.... je l'ai extraite d'une lettre que M. De Losen a adressée à M. Eble et dans laquelle il l'écrase sous des complimens, des amabilités, etc. Le traducteur veut-il savoir ce que lui vaut de la part du médecin autrichien, *l'expression de son opinion toute locale;* voici ce qu'il m'écrit :

« J'ai dû hausser les épaules de pitié en lisant les notes dont est accompagnée la traduction; car en vérité, je ne crois pas que je doive attendre des leçons de M. De Losen. Je lui pardonnerais encore de ne m'avoir *souvent pas compris*, ou bien d'avoir A DESSEIN, *détorqué mes phrases.* »

Non content de l'assommer de prétendues contradictions, etc., qu'il forge tout à son aise, le traducteur veut prouver que M. Eble est *quelque tout petit peu* compressionniste; or, écoutez à quel point il est partisan de la compression :

« Je vous remercie encore une fois, mon cher Cunier, des notes que vous avez jointes à votre traduction de mon manuscrit; elles prouvent de la manière la plus évidente combien notre opinion est fondée et *combien grande est la folie qui préside à celle des compressionnistes!* »

Après les notes du traducteur de l'ouvrage, arrivent celles qui accompagnent notre traduction du mémoire (1) insérée dans l'*Abeille* et distribuée aux médecins de l'armée malgré toute son inexactitude. M. Eble et moi regrettons de ne pouvoir nous occuper de ces notes, rédigées d'ailleurs dans le même sens que celles de M. De Losen, et dans lesquelles M. Vleminckx cherche à démontrer, que *M. Eble et lui ne sont pas tout à fait éloignés de tomber d'accord.* Nous répudions la traduction publiée dans l'*Abeille* et ne pouvons par conséquent donner aucune attention à la critique qui en a été faite.

Viennent ensuite deux articles de M. Thirion, de Namur, inserés dans les cahiers d'avril et juin du *Bulletin médical Belge* (1), et le § 10 de l'ouvrage de M. Fallot, *de Namur, sur la simulation et la dissimulation*

(1) Cet ouvrage a été traduit de l'allemand par M. DELOSEN et publié par ordre du ministre de la guerre, sous le titre : *De la structure* et *des maladies de la conjonctive, avec des considérations particulières sur l'ophthalmie contagieuse.* Il en a été rendu compte par M. Marinus dans le *Bulletin médical* de mars 1836.

(1) Ce mémoire a été publié à Vienne sous le titre : *Ueber die in der Belgischen armee herschende aûgenkrankheit, als Commentar zü prof:* JUNGKEN'S *schrift üeber denselben gegenstand.* M. Von Kriss et moi avons publié en même temps la traduction de ce mémoire sous le titre de : *Considérations sur la Blépharophthalmie catarrhale des armées, qui règne épidémiquement parmi les troupes belges.* Bruxelles in 8°, chez J.-B. Tircher, libraire de la Faculté de médecine de l'Université libre. Vienne, Librairie-*Gerold.*

(2) Ces deux articles sont intitulés, l'un : *Coup d'œil sur l'ouvrage de M.* EBLE : De la structure et des maladies de la conjonctive, avec des considérations particulières sur l'ophthalmie contagieuse, traduit de l'allemand avec des notes par M. DE LOSEN. — *Bulletin médical Belge*, mars 1836.

L'autre : *Coup d'œil sur la nouvelle brochure de M. Eble*, intitulée : Considérations sur la Blépharophthalmie catarrhale des armées, etc., traduit de l'allemand avec des notes, par J.-A. Von Kriss et F. Cunier. — *Bulletin médical*, juin 1836.

des maladies, dans leurs rapports avec le service militaire (1). M. Eble et moi répliquerons incessamment à ces messieurs, dont la *critique est l'expression d'une même opinion;* tous deux nous ramènent à l'opinion émise par MM. Fallot et Varlez, en 1829, et nous démontrent que M. Eble, qui a écrit son traité en 1828, ne nous apprend rien que nous ne sachions depuis 1829, *rien de nouveau*, enfin. Comme M. Fallot (ouv. cité page 51), *Je crois ne rien avancer d'anti-logique en concluant* que tout le monde partagera cet avis..... Et c'est sur cette admirable conclusion que M. Thirion s'est basé pour décider que *le livre* de M. Eble EST INUTILE A LA SCIENCE ET A L'HUMANITÉ! *Risum teneatis!* (2).

On ne lira pas sans intérêt, l'extrait qui va suivre d'une lettre que l'ophthalmologiste de Vienne m'adresse sous la date du 22 août; les passages dont je vais donner la traduction, se rapportent à M. Thirion seulement.

Mon cher ami et collègue,

« Vous vous êtes trompé; M. De Losen m'a bien » adressé un exemplaire de sa traduction de mon ou- » vrage *Ueber den Baû, etc.* . . . . . » . . . . . » Quant à M. Thirion, je puis vous prédire que les ef- » forts qu'il fait en vrai Zélote pour ravaler le mérite » que toute l'Allemagne accorde à mon ouvrage, ne ser- » viront qu'à faire reconnaître ce même mérite par la » majeure partie des médecins belges. Je ne saurais, » pour le moment, prendre la résolution de réfuter » *scientifiquement ses nombreuses invectives* envers » moi; je le ferai peut-être lorsque j'aurai reçu l'envoi » que vous m'annoncez. . . . . » . . . . . » Je vous ferai toutefois observer ici que M. De Losen et » M. Thirion surtout, me font parler catégoriquement » en plusieurs points capitaux, alors que tous ceux qui » *comprennent* l'allemand, ne verront dans mes phrases, » que l'expression d'une idée vraisemblable, d'une » chose problématique. C'est bien le cas par rapport à » ce que je dis § 12 de l'existence d'un *épiderme* sur la » conjonctive palpébrale; je l'y admets *par analogie* » et pouvais donc après cela, § 70, l'appeler sans me » contredire un *épiderme problématique*, etc. . . . » . . . . . » Ce qu'il y a de plus vrai dans tout ce que dit M. Thi- » rion, est bien ceci: « *L'existence du corps papillaire* » *ne peut être constatée qu'avec le cerveau et les yeux* » *de M. Eble!* » Bien certainement, mon cher M. Thi- » rion, il faut avoir d'autres yeux, d'autres mains que » les vôtres pour démontrer à l'évidence l'existence du » corps papillaire de manière à ce que le doute ne soit » plus permis. Il y a partout et en toutes choses des » avantages que l'on doit posséder pour atteindre le » but. Combien petit n'est pas le nombre des médecins » doués d'un œil microscopique? Et je me trompe fort, » ou M. Thirion n'est pas beaucoup plus avancé en ana- » tomie microscopique et surtout en *anatomie fine*, » que tant d'autres qui lui ressemblent; je partage donc » entièrement à ce sujet l'avis de M. M...., qui vous » fait observer que M. Thirion *n'est pas et n'a jamais* » *été dans une position qui lui donne le droit de com-* » *pétence.* »

» Ce qui se passe aujourd'hui en Belgique s'est également passé ici pendant les premières années qui » ont suivi la publication de mon ouvrage. La plupart » des médecins m'enviaient ou ajoutaient peu de foi à » ce que j'avançais; peu à peu la vérité s'est fait jour » et ce que j'ai avancé a été admis comme *axiôme* dans » tous les manuels d'ophthalmiatrie répandus en Alle- » magne (1). Pour ma part, je ne désirerais rien tant » que de me trouver pendant quelques jours parmi vous, » ainsi que j'ai cru pouvoir le faire; je suis bien per- » suadé que M. Thirion sortirait de mes mains tout con- » verti à la partie anatomique de mon ouvrage. Je n'ai, » en vérité, aucun motif pour retrancher un seul *iota* » à ce que j'ai écrit en 1828 sur la structure anato- » mique de la conjonctive; si ce n'est que j'ai vu de- » puis lors une injection fort bien réussie sur l'œil d'un » fœtus, où les vaisseaux de la conjonctive oculaire » étaient réellement liés entre eux et sans la moindre » interruption sur toute la cornée. Mais n'oubliez pas » qu'il n'est ici question que de l'œil d'un fœtus de trois » mois et nullement de l'œil d'un adulte chez qui l'âge » amène tant de changemens. Je puis donc, sous ce » rapport encore, m'en tenir à ce que j'ai écrit autre- » fois; personne, en effet, n'est en état de démontrer » *à l'évidence* l'existence du *feuillet conjonctival* (*Bin-* » *dehauts blättchen*) sur la cornée d'un adulte, à l'état » normal, du moins. » . . . . . .

Mais M. Eble ne dira pas de même de la partie *pathologique* de son ouvrage. Ainsi que M. Von Kriss et moi l'avons fait observer page XIII de notre traduction de son dernier écrit, il ne professe plus aujourd'hui la même opinion qu'en 1828, époque à laquelle fut publié le traité qui fait l'objet de la critique de MM. De Losen et Vleminckx, de MM. Thirion et Fallot. On reconnaît facilement qu'il a modifié ses idées premières (ou plutôt *d'alors*) en comparant le § 58 de l'ouvrage

(1) Bruxelles, librairie de J.-B. Tircher, JUILLET 1836.

(2) En lisant les observations critiques de M. M. Thirion et Fallot, on croira nécessairement que l'ouvrage *sur la structure et les maladies de la conjonctive*, etc., est de 1836; ils n'indiquent nulle part que si la traduction a été publiée en 1836, l'original a été imprimé à Vienne en 1828. Ces deux médecins auraient-ils, par hazard, été induits en erreur sur l'époque précise à laquelle se rapporte la publication de l'original?

(1) M. Eble pouvait également citer ceux répandus en France. Il suffit de lire le *Manuel pratique d'ophthalmologie* de VICTOR STROEBER, de *Strasbourg*, les leçons de M. *Sichel*, pour acquérir la conviction que les travaux anatomiques de M. Eble y ont également été appréciés.

sur *la structure et les maladies de la conjonctive*, etc., et les § 2 et 3 du mémoire. Il ne donne plus ici à la maladie le nom d'*inflammation contagieuse des yeux*, mais il l'appelle : *Blépharophthalmie catarrhale des armées;* il abandonne ainsi la *différence remarquable* qu'il établissait entre l'ophthalmie contagieuse et la catarrhale (1).

C'est donc bien inutilement que M. Thirion s'est donné tant de mal pour dresser son tableau comparatif; il a combattu des moulins à vent et rien de plus. Ne devait-il pas franchement revenir de ce qu'il avait écrit d'abord, lorsqu'il a eu connaissance de la publication des *Considérations sur la blépharophthalmie catarrhale des armées, qui règne épidémiquement parmi les troupes belges?* Son intention n'aurait-elle été que de dire des injures à M. Eble, parce qu'il est allemand? C'est bien là, si je ne me trompe, ce qu'il a fait et ce qu'a fait après lui un journal dans un article portant pour titre : *M. Vleminckx et nos journaux de médecine.* C'est ainsi que M. Thirion justifie son emphatique exorde : « La vérité, a-t-il dit, est l'âme d'un livre, et l'auteur en la montrant partout donne à son ouvrage un mérite supérieur, quelque soit le sujet qui l'occupe. » Son, *suspendez votre jugement, lecteurs, jusqu'à ce que*, etc., m'a rappelé certaine fable de La Fontaine.

J'éprouve un véritable plaisir en trouvant l'occasion de mettre sous les yeux des lecteurs, dont le jugement reste *en suspens*, dans l'attente de la conclusion promise par M. Thirion, quelques extraits de ma correspondance qui prouveront comment les articles de ce critique ont été appréciés par nos notabilités médicales.

Un homme dont le nom fait autorisé dans notre pays, m'écrivait il y a quelques mois : « J'ai lu l'article de M. Thirion dans le numéro d'avril du *Bulletin médical*, et je vous assure qu'il m'a paru *dicté par la plus insigne malveillance.* »

Un autre médecin, dont la littérature médicale s'honore à juste titre, s'exprime comme suit : « M. Thirion » met trop d'ardeur à DÉNIGRER les ouvrages d'Eble et » surtout à ne pas vouloir qu'on les traduise. Toutefois » il est vrai que l'on accorde peut-être trop d'impor- » tance au savoir de nos confrères d'Allemagne, et de » là résulte cette tendance à *ravaler leur mérite* qui a » aussi son exagération. *In medio virtus.* A mon avis, » les ophthalmologistes ont le tort commun des patho- » logistes; ils s'épuisent en détails, en distinctions sub- » tiles, minutieuses, etc., etc. »

Ces quelques lignes renferment une critique sévère, bien que modérée, de l'ouvrage de M. Eble; on peut *critiquer* sans pour cela recourir aux personnalités, sans formuler de ces phrases dignes de la plume des ex-jesuites Guyot-Desfontaines et Fréron. *Critique* signifie *bon juge. Il faut*, a dit Voltaire, *être un Quintilien pour oser juger les œuvres d'autrui.* Je suis loin de refuser ce titre à M Thirion; mais à coup sûr, il n'écrit pas comme Bayle écrivit sa *République des lettres;* l'impartialité semble être assez brouillée avec lui. Pourquoi attaquer l'homme au lieu de ses productions? Pourquoi aussi, ne pas mettre dans la balance les imperfections que M. De Losen rejette sur l'original (qu'il n'a souvent *pas compris*, ou dont il *a détorqué les phrases*, nous dit M. Eble).

L'ouvrage de M. Eble n'a pas seulement trait à l'ophthalmie militaire. C'est bien la meilleure monographie de la structure de la conjonctive; je ne partage pas plus que M. Thirion, l'avis de M. Vleminckx qui le regarde comme *l'un des plus remarquables qui aient paru sur l'ophthalmie contagieuse.* (Voyez page 8, de sa préface, traduction de M. De Losen). Mais je serais curieux d'apprendre de M. Thirion le nom d'un auteur qui ait traité spécialement de la structure et des maladies de la conjonctive. Ce médecin a dit que *si cet ouvrage avait été traduit pour l'instruction des médecins belges dans cette maladie* (ophthalmie contagieuse) *on n'a fait que pu-*

---

(1) L'ouvrage de M. Eble, avec ces modifications et des additions considérables allait être livré à l'impression lorsque la traduction de M. De Losen me parvînt et dérangea nos projets. Je me hâtai toutefois de faire paraître les *Considérations sur la Blépharophthalmie catarrhale des armées, qui règne épidémiquement parmi les troupes belges* (*); le titre, notre préface indiquaient assez les modifications qu'avaient subi l'opinion émise par M. Eble, en 1828, sur *l'ophthalmie* qu'il appelait *contagieuse.*

J'avais fait parvenir à M. Fallot une copie, encore inexacte il est vrai, de notre traduction de ce mémoire, une année avant sa publication à Bruxelles et à Vienne; ce n'est donc pas sans étonnement que je lis, page 52 de son ouvrage, qu'il n'en a eu connaissance *que par un extrait inséré dans le Bulletin médical de mars* 1836. M. Fallot est toutefois le seul qui ait signalé l'abandon qu'avait fait M. Eble de l'idée de l'inflammation *sui generis* pour reconnaître que la maladie n'est qu'une modification de l'ophthalmie catarrhale. L'ophthalmologiste autrichien s'attache surtout à démontrer que la contagion par l'air atmosphérique est la plus fréquente. Cette théorie n'est pas neuve; elle a été formulée par un grand nombre de médecins allemands et de notre pays avant que parût en 1829 l'ouvrage de MM. Varlez et Fallot; mais la censure força les médecins militaires allemands à l'abandonner pendant leurs discussions avec les médecins civils. *Quant aux moyens prophylactiques*, qui, ainsi que le fait observer M. Fallot, (ouv. cité, page 52) *sont identiquement les mêmes que ceux formulés par lui* et M. Varlez en 1829, ni lui ni M. Eble ne peuvent en faire une question de priorité; on lit, en effet, page 40 de notre traduction, qu'ils ont été prescrits par le gouvernement autrichien, lors de l'épidémie de Klagenfürth en DIX HUIT CENT VINGT DEUX et VINGT TROIS.... et M. Eble nous apprend en outre qu'ils furent proposés par une commission de médecins civils et militaires; je suis toutefois loin de reconnaître que les principaux moyens prophylactiques indiqués par MM. Varlez et Fallot soient identiquement les mêmes que ceux consignés dans les *Considérations sur la Blépharophthalmie catarrhale des armées.* On trouve au contraire la coïncidence la plus frappante entre leur chapitre : *Moyens prophylactiques*, et le chapitre : *Des moyens de prévenir et détruire cette ophthalmie dans nos troupes*, et la savante *dissertation* publiée en 1819 par M. le médecin principal KLUYSKENS, professeur à l'université de Gand.

(*) Une maladie à laquelle je suis en proie a retardé jusqu'ici la publication du *supplément* à cette traduction. Il sera incessamment remis à M. M. les souscripteurs.

blier l'ineptie médicale de ceux-ci et dans ce cas, c'est une honte injuste dont l'étranger ne sera pas la dupe!..... Ouf!.... Quant à moi, je ne vois dans toute cette affaire qu'une seule *dupe*, M. Thirion, qui sacrifie tout à la suffisance de notre littérature médicale; les médecins militaires belges ne se croiront jamais déshonorés en puisant des connaissances A LA MÊME SOURCE que leurs confrères d'Allemagne. Notre littérature médicale ne sera pas plus rabaissée par cette traduction d'un ouvrage qui nous manquait, que la littérature médicale allemande, qui vaut bien la nôtre, ne souffre de de la traduction de divers ouvrages français et anglais; les Allemands ne se sont pas récriés jusqu'ici contre ce que M. Thirion appelle le *joug honteux de l'étranger, une honte injuste,* que sais-je encore?

Poussé par une envie démesurée de dénigrer M. Eble, il va jusqu'à dire que son ouvrage n'est qu'*une compilation informe où la vérité des faits a été altérée chaque fois qu'il a voulu les combattre en faveur de ses opinions incertaines et contradictoires.* Admirablement bien imaginé, M. Thirion! Je ne suis pas taquin, sinon je vous prierais de me citer les *compilés.* Je n'avancerais même *rien d'antilogique en concluant* que vous êtes quelquefois en contradiction avec vous-même. Ici M. Eble est un *compilateur;* là vous en faites un innovateur. Ici vous jetez les hauts cris contre le joug honteux des étrangers, plus loin vous invoquez leur autorité.

Mais vous, qui parlez, SANS LA RÉTABLIR, de *vérité des faits altérée*, etc., voudriez-vous nous dire pourquoi vous vous êtes presque imposé l'obligation de rapporter inexactement nos phrases, de leur donner un autre sens. Pourquoi vous vous êtes amusé à joindre une tête à une queue, à placer le tronc ensuite pour arriver à former un tout ridicule et qui prêtât à votre chasse aux contradictions? N'est-ce point là faire de la critique, *une fille de ceinture dorée?*

Je ne quitterai point la plume sans déclarer que M. Eble et moi ne répondrons ni aux invectives ni aux personnalités. Que tous les partis se donnent rendez-vous dans le *Bulletin médical Belge;* nous combattrons sans crainte de voir dégénérer en querelle une discussion aussi importante. Il peut y avoir collision sans que pour cela elle soit dure, violente, impétueuse, ainsi que semble le craindre M. Fallot.

Pour mon compte, je défendrai mon opinion sans me croire, pour cela, obligé de me constituer en tout le défenseur de l'œuvre que M. Von Kriss et moi avons traduite; il n'y a pas de traducteurs responsables sous ce rapport.

Belœil, 4 septembre 1836.

FL. CUNIER.

LITTÉRATURE MÉDICALE.

—

EXPOSÉ *des causes les plus fréquentes de la propagation de la maladie vénérienne, et des moyens à y opposer.* — Bruxelles, 1836, établissement encyclographique, brochure in-8° de 100 pages.

La maladie vénérienne est une des plus grandes calamités de l'espèce humaine. Elle est considérée par la plupart des peuples civilisés comme une affection déshonorante, fruit de la débauche; et cette manière de voir semble le plus souvent, en favoriser la marche clandestine. Dans ce cas, comme dans beaucoup d'autres, ce triste fléau s'attache à l'homme, le détériore, et vicie même les élémens qui servent à la reproduction de son espèce.

Il ne suffit pas de pouvoir détruire ce virus lorsqu'il se montre; il faut encore savoir empêcher qu'il puisse rester caché. Tous les hommes doivent se liguer contre cet agent connu, et faire concourir toutes les puissances de leur intelligence pour l'arrêter dans sa marche, si l'on croit sa destruction impossible.

Le Congrès médical de Belgique a parfaitement apprécié toutes ces vérités; et la question qu'il mit au concours, est pour moi la preuve la plus éclatante de la bonté de son institution et des nombreux bienfaits que la société doit en attendre....

La commission adresse son travail à M. le ministre de l'intérieur, et s'exprime ainsi :

« Un congrès médical s'est réuni à Bruxelles, en sep-
» tembre 1835. Un philantrope de cette ville, voulant
» que cette reunion laissât des traces durables de son
» existence, mit à sa disposition une somme de 1000 fr.,
» pour être donnée en prix à l'auteur du meilleur mé-
» moire sur la question que cette assemblée trouverait
» le plus utile de proposer. Frappé des ravages tou-
» jours croissans de la syphilis, le Congrès jugea que
» le plus grand service à rendre à la société actuelle
» et aux générations futures, serait d'arrêter ou du
» moins de modérer ce fléau destructeur.

» Pour répondre aux vues de l'homme bienfaisant et
» modeste dont il nous est défendu de citer ici le nom,
» il mit au concours la question suivante: *Exposer et*
» *déterminer les moyens médicaux, et les mesures admi-*
» *nistratives et réglementaires les plus propres à arrêter*
» *ou à modérer la propagation de la syphilis.* Mais là
» ne se borna pas la sollicitude du Congrès: il chargea
» la commission qu'il avait choisie pour décerner le
» prix, de puiser ensuite dans tous les mémoires reçus
» ce qu'il pourrait y avoir d'intéressant, de réunir tous
» ces matériaux, d'en faire un travail complet et de le
» présenter à M. le ministre de l'intérieur. Cette com-
» mission, pour remplir fidèlement et consciencieuse-
» ment les devoirs qui lui étaient imposés, ne s'est pas
» contentée de consulter tous les mémoires qui lui sont
» parvenus (17); elle a quêté des renseignemens par-
» tout où elle a cru pouvoir en trouver..... »

L'on voit d'après l'extrait qui précède, que le Congrès a d'abord chargé une commission de juger les mémoires envoyés en réponse à la question, et que cette commission a décerné des prix ; qu'ensuite elle fut chargée de nouveau *de puiser dans tous les mémoires reçus, ce qu'il pourrait* y avoir *d'intéressant*, de réunir tous les matériaux, d'en faire un *travail complet.* Il me semble, si je ne me trompe, qu'il existe dans tout cela un contre-sens : en effet, dire que pour faire un *travail complet,* il a fallu puiser dans tous les mémoires reçus ce qui s'y trouvait *d'intéressant*, c'est au moins avouer implicitement, qu'aucun des mémoires ne réunissait les conditions voulues ; d'un autre côté, MM. les rapporteurs s'expriment d'une manière incertaine, en disant, dans leurs conclusions sur le mérite des différens mémoires, « *Si nous avons bien envisagé*, la question, *et* » *si notre comparaison est exacte, nous pensons* que » le n° 9, est celui *qui a le mieux rempli le vœu* » du Congrès.... » ; d'une troisième part, enfin, et puisque la commission permanente a décerné le 1er prix au n° 9 pour avoir le mieux rempli le vœux du Congrès, et qu'ensuite elle a fait faire par une commission un *travail complet*, nous sommes en droit de conclure, si notre syllogisme est vrai, qu'aucun des mémoires ne remplissait le vœu du Congrès, et que, partant, aucun prix ne devait être décerné.

Quoi qu'il en soit, le travail de la commission est divisé en deux parties : la première, qui s'occupe de la recherche des causes de propagation et des remèdes à y apporter, est subdivisée en deux chapitres : causes directes et causes indirectes. Le premier chapitre contient deux sections : 1° Causes directes de propagation par le coït. C'est à cette section qu'appartiennent, comme principaux foyers d'infection, les racrocheuses, les maisons de rendez-vous, les musicos, les maisons de prostitution, les gens de guerre, les marins et les grands ateliers ; 2° causes directes de propagation par toute autre voie que par celle du coït : en première ligne figurent l'hérédité, les nourrissons, surtout les enfans-trouvés, et les nourrices ; puis le contact des objets qui ont servi à des personnes atteintes de la maladie, et enfin quelques usages dangereux.

Le second chapitre traite des causes indirectes, telles que du manque d'hôpitaux, ou de leur mauvaise organisation ; du manque de bureaux de consultations gratuites avec distribution de médicamens ; de l'absence de maisons de filles repenties ; des ateliers, de l'oisiveté et de la misère des jeunes filles ; de l'ignorance ; de l'ivrognerie ; de la mauvaise éducation du peuple et de ses préjugés ; du charlatanisme et de la vente des remèdes secrets ; de l'organisation défectueuse des commissions médicales et du célibat.

La seconde partie, qui n'est que le résumé de la première, présente, sous forme de réglemens, toutes les mesures qui ont paru être de quelque utilité.

C'est en suivant cette division que nous nous proposons de rendre compte de cette brochure, qui a pour objet l'un des points les plus importans de l'hygiène publique. Si la critique est quelquefois mêlée à ma narration, je n'ai fait qu'obéir à ma conviction, user de mon droit, chercher à rectifier l'erreur lorsque j'ai cru la reconnaître, sans intention de me prévaloir en aucune manière.

Les auteurs de ce mémoire, proposent la suppression complète de toutes les courtisannes ambulantes (coureuses de rue), tout en avouant qu'elles sont pour la plupart, le plus souvent inconnues des agens chargés de les surveiller.

A cet égard nous serions volontiers de l'avis de ces Messieurs, mais nous pensons qu'une semblable mesure est inexécutable dans toute son étendue. En effet, s'il en est, qui sont, le plus souvent, inconnues des agens chargés de les surveiller, il deviendrait au moins dangereux de chercher à les atteindre, parce que, et n'importe le moyen, la dissimulation et la ruse pouvant leur donner les apparences de la vertu, on s'exposerait souvent à les confondre avec des personnes honnêtes, et partant à porter atteinte à la liberté individuelle, aux lois de la morale, et au droit des gens.

Une fille peut-être racrochée et céder, sans être racrocheuse et provoquer. Dans le premier cas toute mesure dirigée contre elle serait illégale ; dans le dernier, tout serait en faveur de la conservation de la santé publique, et alors la législation devrait être protectrice pour tous, sans aucune réserve.

Nous pensons que les mesures proposées pour les maisons de rendez-vous, suffiraient pour parer aux inconvéniens, et atteindre le but principal, la découverte des infectées.

A l'égard des *maisons de prostitution*, la commission pense avec Fodéré, que les gouvernemens, en tolérant la prostitution dans les villes ne doivent pas la souffrir dans les campagnes. Les raisons qu'elle en donnent sont plausibles. Cependant nous comprenons difficilement ce passage : « Le *citadin*, né *souvent* de » parens débauchés, *hérite* d'eux une grande propen- » sion au vice. » Que le pauvre des villes trouve une cause d'entraînement à la lubricité, dans la conduite et les discours crapuleux de ceux qui l'entourent, et dans l'absence de toute éducation morale et religieuse, cela est une vérité qui est tisonée par le bon marché des alcooliques.

Ce que la commission dit relativement au nombre des maisons publiques est généralement satisfaisant ; mais nous ne partageons pas son avis lorsqu'elle avance, « qu'établir tous les lieux de débauche dans un même » quartier, comme l'ont avancé plusieurs auteurs des » mémoires envoyés au concours, serait adopter une » mesure qui tendrait plutôt à *propager la syphilis*, en » ce que les jeunes gens oisifs, dirigeant d'abord leurs » pas vers ces repaires du vice, seulement dans un but » de curiosité, pourraient finir par s'abandonner au » libertinage. » — S'il est vrai que la vue de ces maisons peut conduire au libertinage, alors il doit être avantageux de les écarter des endroits les plus fréquentés. Mais si aucun acte de provocation n'existe en aucun temps aux fenêtres des maisons publiques, etc., comme on le veut ; dans ce cas placez-les où vous-voulez..... et

quand même on les établirait dans un même quartier, je ne trouverais pas dans cette mesure une cause de propagation de la syphilis, puisque d'après le réglement proposé par la commission, pour les maisons publiques, la vérole sera en quelque sorte consignée à leur porte. Interdire l'entrée des maisons de débauche aux filles mineures et aux femmes mariées, est, comme le disent ces messieurs, une mesure reclamée par la morale et de hautes considérations d'ordre public.

Pour mieux assortir les *maisons de débauche* à toutes les bourses et à toutes les conditions, la commission a pensé devoir proposer *quatre classes*. Dans la première, les tenanciers paieront annuellement au profit de la commune 200 fr. pour chaque femme, et le prix des faveurs à payer par les cliens sera fixé à 10 fr.

Dans la seconde classe 100 fr. pour la commune, et 5 fr. pour les faveurs.

Dans la troisième 50 fr. d'une part et 2 fr. 50 de l'autre.

Dans la quatrième 25 fr. pour la commune et 1 fr. 25 pour les faveurs.

Voilà certes, une division qui sera goûtée par les amateurs, mais qui n'est pas en rapport avec la proposition momentanée de la commission, qui consiste à tolérer une maison publique de 5 à 6 filles sur 2500 habitans, et cela, indépendamment des maisons de rendez-vous. S'il était vrai, en matière de libertinage surtout, que plus les occasions sont nombreuses, plus les effets se multiplient, il faudrait craindre que cette augmentation de maisons n'en amenât une dans la débauche....

Quoi qu'il en soit, les sommes payées à la commune, seront dépensées pour la surveillance des établissemens de débauche, la visite des femmes publiques, l'érection des hôpitaux destinés aux vénériens et des maisons de refuge pour les filles repentantes.

Après cela ces Messieurs signalent 1° les causes de propagation de la maladie vénérienne inhérentes aux maisons de prostitution et à tout ce qui y a un rapport direct; 2° les moyens propres à les combattre. De ce nombre sont : les femmes insoumises ou non déclarées à la police, et le défaut de surveillance de celle-ci; omission de donner lecture des réglemens relatifs à la prostitution aux tenanciers et aux femmes de joie; mauvaise manière de faire relativement aux passeports, etc.; négligence dans la tenue des registres dans les maisons publiques et dans les bureaux de la police; l'absence de carte ou de livret appartenant à chaque fille de joie; les provocations à la débauche de la part des prostituées; les visites des femmes publiques trop rares et malfaites; les abus relatifs aux médecins visiteurs, au défaut de contrôle pour ces derniers, à la manière de les rétribuer et aux agens chargés de la police; la négligence dans l'emploi des moyens prophylactiques ou préservatifs, en ce qui les concerne; le débit des liqueurs spiritueuses dans les maisons; et enfin la sortie momentanée ou définitive des filles des maisons publiques, sans autorisation de la police et sans avoir été soumises à une visite préalable.

Ces différentes questions sont traitées longuement, mais on y rencontre, à mon avis, des choses dangereuses, inutiles et superflues.

D'abord, la commission veut que l'on enjoigne aux tenanciers des maisons publiques, d'avoir chez eux constamment à leurs frais, un homme convenablement instruit dans un hôpital, chargé de visiter les cliens; tandis que pour les maisons de rendez-vous, ce serait une femme qui visiterait les hommes et les femmes qui s'y rendent.

Malgré toutes les précautions, les amendes, etc., que la commission indique pour retenir le préposé dans les règles de ses devoirs, je pense qu'en le laissant *le salarié du tenancier*, il resterait susceptible de corruption. D'un autre côté, un semblable individu, deviendra-t-il jamais apte à remplir exactement les fonctions dont on veut le charger? La commission accuse les régences de s'être montrées peu difficiles dans le choix de médecins délégués à la visite des prostituées, et c'est, d'après elle, la cause que la plupart de ceux qui se chargent de ces désagréables fonctions ne sont guidés que par l'appât du lucre et aucunement par l'amour d'accomplir un devoir utile à leurs concitoyens. S'il en est ainsi de la plupart des médecins visiteurs, qu'en sera-t-il de ces hommes du peuple *salariés par les tenanciers?* C'est afin de prévenir ces espèces de transactions entre les médecins, les tenanciers et leurs filles, que la commission propose de faire rétribuer les premiers par les communes (p. 22) au lieu de les faire payer directement par les femmes ou les tenanciers.

Quant à la femme préposée pour la visite des deux sexes dans les maisons de rendez-vous, je pense que la morale qui survit dans ces lieux de débauche s'oppose à une semblable mission, digne d'un conte de Bocace.

Mais puisqu'une question d'argent ne doit jamais arrêter une question de santé publique, n'aurait-il pas été plus convenable de charger un médecin de ces diverses visites?

On propose ensuite une foule de moyens prophylactiques ou préservatifs; et afin que les intéressés en connaissent bien les principaux, la manière de les employer, et l'importance de leur usage, on exige qu'il soit placé dans chaque chambre de prostituée, *quatre tableaux*, deux représentant les organes génitaux de l'homme et de la femme à l'état sain et à l'état malade; le troisième renfermera l'instruction suivante :

1° Pour l'homme, avant l'acte :

Ne point uriner. — Visiter les parties sexuelles de la femme après avoir consulté le tableau précité, et s'il en résulte le moindre doute, ne pas la voir. *S'il a*, au contraire, *la certitude* que *la femme est saine*, il lui enjoindra de se laver les parties et d'injecter le vagin, avec une solution de chlorure de chaux. On pourra, pour les deux dernières injections remplacer les chlorures, par une solution convenable de *sublimé corrosif*. faire suivre enfin une injection huileuse dans ces mêmes organes, ou une onction aussi complète que possible avec le cérat. Alors lui-même il s'enduira le membre

viril d'une couche épaisse de cérat ou d'onguent mercuriel par dessus laquelle il passera un condom de bonne qualité. Il aura soin de prolonger l'acte le moins de temps possible.

Après l'acte :

Uriner immédiatement, s'empresser de se laver soigneusement les parties génitales *avec les solutions dont on vient de parler,* et avec elles, se faire *plusieurs* injections dans le canal de l'urètre ; après quoi, se laver soigneusement les mains, ensuite les lèvres, et se rincer bien la bouche avec de l'eau fraîche.

4me tableau, indiquant les moyens préservatifs destinés à la femme. Il est à peu de chose près le même que celui destiné à l'homme, sinon que si, après examen des parties de celui-ci, elle n'a pas la *conviction* qu'il est sain, alors elle le refusera, *quand même le préposé aurait décidé le contraire.*

De deux choses l'une, ou bien le service de visiteurs est mal fait, et alors ceux-ci deviennent inutiles et tous les moyens préservatifs sont bons ; ou bien les visites sont exactes, et dans ce cas, cette grande toilette du membre viril, etc., etc., sont superflues, gênantes et ridicules.

A quoi servira le condom, à l'homme qui vient d'acquérir la *certitude* que la femme est saine? Pourquoi des solutions de *sublimé corrosif,* dans les maisons de prostitution, où l'état des parties sexuelles est continuellement apprécié, et où le crime ami de la débauche pourrait s'y exécuter avec prémiditation à l'aide de cette solution?

Et quelle confiance éphémère la commission accorde-t-elle aux préposés à la visite des cliens, puisqu'elle ordonne aux prostituées de contrôler leurs fonctions et de refuser celui qui vient d'être visité par lui, si elle n'a pas la conviction qu'il est sain! Et ne craint-on pas l'action nuisible du mercure en prescrivant à l'homme de s'oindre le membre viril avec l'onguent mercuriel! il y a donc dans toutes ces mesures un mélange de vérités et d'erreurs. Partout cependant se montre l'idée de bien faire ; mais souvent cette intention louable est ternie par des propositions inexécutables ou inutiles. Et au sujet des visites, je le repète encore, le médecin est pour moi le seul homme qui convienne; mais je prévois l'objection qu'on pourrait me faire, la difficulté qu'il y aurait d'avoir pour chaque maison un médecin en permanence; tout en convenant de sa justesse, je dirai que si la chose était possible, on trouverait chez lui plutôt que chez toute espèce de *préposé*, l'équité et la conscience des devoirs, surtout dans une question qui concerne la santé publique et si inhérentes à ses études, à ses sentimens et à sa profession. C'est aussi par ces raisons puissantes, qui, dans la société élèvent le médecin à un rang distingué, qu'il faut, comme la commission le propose, éloigner de lui le simple soupçon de corruption en le salariant convenablement. Certes, la commission n'a pas méconnu les qualités sociales du médecin puisqu'elle veut qu'il soit payé par la commune, *afin de ne plus ravaler sa noble profession* en tendant la main à une débauchée pour recevoir son salaire.

L'auteur du premier mémoire couronné me semble ne pas avoir songé à tout cela, lorsqu'il a écrit que « les » démêlés qui pourraient s'élever dans les maisons pu- » bliques entre les tenans et les filles, seront applanis » par le médecin, et au besoin par la police. »

Mais j'aime à croire qu'en écrivant ces lignes, il était plutôt entraîné par l'idée de la grande nécessité du médecin dans ces lieux de débauche, que par l'intention de lui donner là, une charge d'agent de police.....

Enfin, pour en finir, au sujet des précautions à prendre dans les maisons de prostitution nous dirons que nous approuvons la proposition d'y former une caisse d'épargne destinée à secourir les filles qui renoncent à leur métier abject pour rentrer dans la vie commune, afin d'empêcher ainsi qu'on les y retienne forcément jusqu'à liquidation de leurs dettes.

Une mesure également bonne, c'est celle qui prohibe le débit des liqueurs spiritueuses, non pas que nous pensions avec la commission « que débiter ces boissons » dans les maisons publiques, c'est fournir des ali- » mens à la maladie vénérienne, parce que les bois- » sons de cette nature poussent l'homme à se livrer à » l'acte réproducteur. »

Les maisons de rendez-vous, ou de *passe,* sont maintenues par des motifs rationnels ; et les mesures propres à arrêter ou au moins à modérer la propagation du mal vénérien, sont pour elles, les mêmes que celles indiquées pour les maisons de prostitution. On propose aussi de les diviser en deux classes : les tenanciers de la première payeront 100 francs à la commune, tandis que ceux de la seconde ne payeront que 50 francs. Ces rétributions serviront à couvrir en partie les frais nécessités, comme il a été dit pour les maisons de prostitution. MM. les rapporteurs terminent cet article en manifestant leur profonde indignation sur ces misérables qui trafiquent de l'innocence des jeunes filles mineures. « Nous appellerons, disent-ils, de toutes nos » forces, la vengeance des lois sur la tête de ces êtres » dépravés, que la police doit traquer comme des bêtes » fauves, jusqu'à leur entière destruction. »

Relativement aux maisons de danse (*musicos*), dans les villes maritimes, et quoiqu'elles n'existent pas dans ce royaume (je pensais qu'Anvers en possédait deux), la commission a étendu ses vues philanthropiques au-delà des limites de la Belgique. Après avoir fait un tableau parfait de ce qui s'y passe, elle propose des mesures sages et convenables pour éviter que les orgies se commettent ailleurs que dans les maisons de rendez-vous ou de prostitution. C'est spécialement sur les agens de la police que pèse la surveillance, et afin de stimuler ces fonctionnaires, on propose d'accorder des récompenses aux plus zélés. La commission n'ose proposer la suppression de ces maisons. Cette coutume ancienne se demande-t-elle, peut-elle être abolie sans danger pour la morale publique et pour la sécurité des femmes honnêtes ?

Nous pensons que oui, et nous fondons notre opinion sur celle de la commission ; voici comment : elle défend

aux prostituées de « parader aux fenêtres de leurs mai-
» sons, dégarnies de rideaux (F. p. 17), dans une mise
» indécente et propre à exciter les désirs de la jeu-
» nesse. Qu'une telle conduite de la part de ces débau-
» chées, stimule fortement les passions de quelques
» jeunes gens inexpérimentés, et les attire dans ces re-
» paires du libertinage où ils n'avaient nullement l'in-
» tention d'entrer avant d'avoir été fascinés par la vue
» de ces messalines. » Tout cela est parfaitement exact; mais il cesse de l'être et son but est manqué, dès que vous maintenez les *musicos;* en effet, ces maisons sont fréquentées aussi par des étrangers que la simple curiosité y attire. C'est en quelque sorte un usage, dit-on, de visiter les *musicos*, lorsqu'on séjourne dans une ville maritime. Ces maisons de danse dont la fréquentation est consacrée par l'usage, où l'on va comme au spectacle, ne sont réellement que des salons d'exposition de filles publiques dont la séduction est le but principal, et les moyens, la lubricité de leurs costumes et de leurs gestes. Il est donc évident que les inconvéniens que vous voulez éviter d'un côté, vous les laissez exister de l'autre en conservant les *musicos*. Mais l'art. 11 du réglement pour les maisons de prostitution. défend aux filles de ces derniers lieux d'y paraître; et ainsi, puisque vous les frappez d'une proscription presque entière, autant valait, à mon avis, proclamer l'entière abolition.

La commission établit, avec raison, que la plupart des militaires gagnent la maladie vénérienne par la fréquentation des coureuses de rue, vont le plus souvent la répandre dans leur contrée, et que l'ivresse est presque toujours la cause première de cet abandon irréfléchi... Afin d'obvier à tous ces inconvéniens, elle propose des mesures sages et sévères à l'aide desquelles le militaire infecté ne saura cacher sa maladie : elle veut même qu'il soit visité chez lui par un médecin de son canton; et qu'il désigne, lorsque la chose est possible, la fille qui l'aura infecté.

Rien non plus n'a été oublié pour découvrir et traiter la maladie, dans la marine et dans les grands ateliers. Pour ces derniers, faire comprendre aux ouvriers les dangers de la négligence et les engager par des récompenses pécuniaires à déclarer leur maladie, est, sans doute, une bonne idée.

A l'égard des causes directes de propagation, par toute autre voie que par celle du coït, un résumé exact en contient toutes les espèces. C'est surtout pour ce qui est relatif à l'infection de l'enfant (né ou à naître), par la mère, puis de celle-ci par un enfant qu'elle allaite, que la commission n'a rien négligé pour faire découvrir la source du mal, et adopter l'espèce de traitement qui convient. Elle indique aussi une série d'objets qui, après avoir servi aux vénériens, peuvent devenir l'intermédiaire de la contagion. Tout cela est marqué au coin de la plus parfaite exactitude; mais je dois avouer que tout en admirant ces conseils prudens, il m'est impossible de les concilier avec le projet de faire travailler dans les hôpitaux civils, les vénériens et les vénériennes, pour vendre ensuite les objets qu'ils auront faits, etc.

Le chapitre deuxième, traite des causes indirectes de la propagation de la syphilis. Le manque des hôpitaux pour le traitement des vénériens ou leur mauvaise organisation, fixe d'abord l'attention de la commission. Elle relate une vérité désolante, qui consiste pour beaucoup de villes, dans le manque d'hôpitaux particuliers pour les vénériens, et l'exclusion de ceux-ci des hospices de secours. Cette proscription anti-hygiénique et inhumaine, entretient la syphilis dans la classe pauvre, comme le vaccin dans les maternités. Tout cela est de la plus parfaite exactitude pour Namur, par exemple, où la vérole marche sans rencontrer *aucun* obstacle; où l'infecté chassé par la misère et le désespoir se trouve enfin obligé d'entrer au dépôt de mendicité pour s'y faire guérir, puis s'éloigner furtivement.

La commission signale aussi comme un vice, dans les hôpitaux où les vénériens sont reçus, l'habitude de les traiter durement, et prouve que la plus simple philanthropie exige que l'on ait pour eux, les mêmes égards que pour les autres malades.

Elle indique ensuite une foule d'améliorations qu'il est indispensable d'introduire dans ces hospices, afin d'y attirer les malades, au lieu de les en éloigner comme cela existe. Elle préfère les hôpitaux ordinaires à un hôpital spécial, afin que l'idée de honte et de réprobation qui s'attache au second, ne retienne pas les malades. Après cela vient un projet bien conçu, des améliorations qu'il faudrait introduire dans l'administration des hôpitaux, etc., etc.

Une mesure qui lui paraît fort bonne et qui mérite, à son avis, de fixer l'attention des administrations municipales et des hôpitaux, est celle proposée par M. le docteur Peetermans (l'un des trois concurrens à qui la commission a décerné une médaille d'encouragement), laquelle consiste à donner à leur sortie de l'hôpital, une récompense de 5 francs, à tous les indigens qui seraient venus volontairement s'y faire traiter.

J'apprends avec plaisir que cette heureuse idée vient de M. le docteur Peetermans; mais je vois à regret que la commission n'ait pas en temps opportun cité le nom des autres auteurs des mémoires envoyés au concours, et dans lesquels elle dit avoir puisé...

Une autre mesure également bonne, et qui a encore été proposée par M. Peetermans c'est celle d'isoler les prostituées des autres vénériennes; les hommes d'une immoralité reconnue d'avec les jeunes gens inexpérimentés. Enfin l'on voudrait aussi une division pour les vénériens payans.

La commission expose avec exactitude, tous les avantages attachés aux bureaux de consultations gratuites avec distribution de médicamens; elle en trace le mode d'organisation; les précautions que réclament les sexes lors de la visite; celle de toujours rechercher la source de l'infection; enfin elle exhorte par de puissans motifs, les régences à provoquer l'érection de ces établissemens et à les protéger. Ces mesures seraient très-avantageuses pour les villes qui ne possèdent pas de bureaux de bienfaisance organisés convenablement; mais elles sont sans but pour les localités où ces derniers sont établis et auxquels sont attachés des médecins et des chi-

rurgiens pour les indigens. La commission fait aussi ressortir toute l'utilité des maisons de refuges ou de repenties ; et afin de prouver sans replique combien ces établissemens sont à la fois précieux et puissans contre la débauche et le libertinage, elle donne une description aussi intéressante que détaillée de celle de Bruxelles, où le triomphe de la morale sur la prostitution à quelque chose qui tient du prodige.

Le manque d'ateliers, l'oisivité et la misère, sont ensuite l'objet des réflexions de la commission; c'est particulièrement pour les femmes qu'est faite cette partie du mémoire : elle montre parfaitement comment toutes ces causes conduisent à la prostitution, et indique les moyens d'y obvier.

L'ignorance du peuple par rapport aux nombreux dangers attachés à la maladie vénérienne, est certainement une source féconde de la propagation de celle-ci. Le remède est tout entier dans l'instruction, mais elle doit être à la portée de toutes les intelligences. Pour réussir, il faut donc deux espèces de livres : l'une pour les gens du peuple, et l'autre pour la classe plus instruite. Voilà ce que la commission propose; et elle desire que le Congrès médical, dans sa prochaine session, en fasse le sujet de deux prix. Avec elle, nous sommes convaincus qu'on obtiendrait les résultats les plus avantageux de pareilles publications. Le livre de Tissot sur l'onanisme en est la preuve irrécusable.

On signale ensuite les nombreux et pernicieux effets de l'ivrognerie, que l'on range parmi les causes indirectes les plus puissantes de propagation de la syphilis, et la commission pense que les moyens propres à détruire cette habitude abrutissante sont : 1° une forte augmentation d'impôts sur les boissons alcooliques ; 2° l'institution de Sociétés de tempérance. Elle fait aussi ressortir tout le bien qui résulte d'une bonne éducation ; par elle on se prémunit contre le vice, et l'on fait pressentir de bonne heure quelle est la règle de conduite que l'honnête homme doit suivre dans la société, sous le rapport moral, hygiénique, industriel, etc., etc.

Le *charlatanisme* est considéré dans ce travail, avec raison, comme une plaie de la société; la commission s'attache spécialement à l'espèce qui se mêle de l'art de guérir et surtout du traitement des maladies vénériennes ; elle fait ressortir toute la gravité des inconvéniens attachés aux annonces fastidieuses placardées partout, propagées par les journalistes, et tolérées par les commissions médicales. La raison, la philanthropie et les lois réclament hautement contre ce lucre raffiné qui dégrade l'art de guérir, favorise la destruction humaine ou sa détérioration. Ce n'est pas à dire en effet parce que telle académie aura reconnu telle substance ou composition bonne dans tel cas de maladie, qu'il faille en autoriser la vente sans la prescription du médecin; s'il en était ainsi il ne faudrait plus faire que des médecins-pharmaciens. Mais, puisqu'il en est autrement et que tout prouve que l'art pharmaceutique doit rester séparé des autres branches médicales, c'est au médecin seul qu'appartient la connaissance de l'homme et de ses maladies, partant d'apprécier les divers cas pathologiques qui réclament l'emploi de tel ou tel agent thérapeutique. Tout ce qui se fait contrairement à cette règle conduit aux erreurs les plus graves, tantôt en laissant marcher la maladie, d'autres fois en la compliquant, parce que l'on agit contrairement à l'indication ; et enfin, parce que, souvent on donne au travail morbide, le temps de détruire les organes où il siége.

La commission permanente du Congrès propose ensuite de substituer aux commissions médicales des conseils de salubrité publique. Elle se fonde sur ce que les premières, organisées comme elles le sont, ne remplissent que fort imparfaitement le but dans lequel elles ont été instituées. Vient ensuite le mode d'organisation des conseils de salubrité pour la capitale, les chefs-lieux de province, et les autres villes du royaume.

Le *célibat*, disent ces messieurs, contribue à entretenir la prostitution et par conséquent la maladie vénérienne. Ils ajoutent, après avoir exposé quelques motifs allegués par les célibataires en faveur de leur résolution, que les gouvernemens devraient favoriser les mariages des classes malheureuses en créant des ateliers, des écoles gardiennes, en leur procurant de l'emploi et en diminuant leurs charges; tandis qu'ils devraient mettre quelques impôts personnels sur les célibataires des classes aisées, préférer pour les emplois les gens mariés, et surtout donner à ceux-ci, de préférence, de l'avancement.

Je ne pense pas que cette manière de voir rencontrera beaucoup d'adeptes. Quand même on penserait avec elle que le célibat contribue à entretenir la prostitution, on admettrait difficilement, ce me semble, qu'il contribue à entretenir la maladie vénérienne. Dans le premier cas, serait-ce un motif suffisant pour frapper d'impôts les célibataires, les éloigner des emplois, et les priver de l'avancement? une semblable inconstitutionnalité, en la supposant admise, ne serait-elle pas d'une exécution impossible à cause des nombreuses et puissantes raisons qui surgiraient contre une pareille mesure? D'ailleurs la commission a répondu à tout cela et paré aux inconvéniens en admettant que « Les gouvernemens sages doivent tolérer la prostitu- » tion, chercher à la régulariser et surtout veiller avec » le plus grand soin à ce qu'elle n'entraîne pas après » elle des maux et des désordres funestes pour la so- » ciété » (page 4).

Des dispositions administratives et réglementaires en 122 articles, terminent le travail de la commission ; elles sont les corollaires de tout ce qui est exposé dans le corps de l'ouvrage.

E. Thirion, D.-M.

Le Rédacteur en chef,
Dr Marinus.

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

RÉIMPRESSION GÉNÉRALE

DES

OUVRAGES PÉRIODIQUES SUR CES SCIENCES, PUBLIÉS EN FRANCE,

Savoir :

LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX;
GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.
JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE, ETC.;
BULLETIN CLINIQUE;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICALES;
JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES;
REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE;
ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE;
ARCHIVES HOMOEOPATHIQUES;
ANNALES D'HYGIÈNE PUBLIQUE ET DE MÉDECINE LÉGALE;
BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE MÉDICALE ET CHIRURGICALE;
ANNALES DE CHIMIE ET DE PHYSIQUE;
JOURNAL DE PHARMACIE ET DES SCIENCES ACCESSOIRES;

BRUXELLES,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE.

1836.

LA LANCETTE FRANÇAISE,

GAZETTE DES HOPITAUX

CIVILS ET MILITAIRES.

SEPTEMBRE 1836.

N° 104. — 1er Sept.

Ordonnance relative à l'organisation du service de santé des armées.

(Suite du numéro précédent.)

Titre IV. *Des concours.*

Art. 12. L'emploi de chirurgien élève, les grades de chirurgien aide-major et de pharmacien aide-major, sont donnés au concours.

Les emplois dans le professorat sont également donnés au concours.

Art. 13. Des jurys médicaux, dont la composition varie suivant la nature des examens et des concours, sont chargés de prononcer sur le mérite des candidats.

Pour l'admission des chirurgiens élèves, le jury médical est présidé alternativement par l'un des officiers de santé en chef de l'hôpital dans lequel les examens ont lieu.

Dans les hôpitaux d'instruction, le jury est présidé alternativement par l'un des premiers professeurs.

Dans le concours pour les grades de chirurgien sous-aide, chirurgien aide-major et pharmacien aide-major, le jury est présidé alternativement par l'un des inspecteurs du service de santé.

Dans le concours pour le professorat, la présidence est exercée par un inspecteur du service de santé de l'une des trois professions : cet inspecteur est désigné par notre ministre de la guerre.

Art. 14. Le sous-intendant militaire ouvre le concours et y assiste, et s'assure que le jury médical procède conformément à ce que prescrit le réglement et le programme du concours.

Lorsque les examens scientifiques sont terminés, le sous-intendant militaire recueille les votes du jury, et, d'après le résultat de leur dépouillement, il établit, séance tenante, la liste nominative, par ordre de mérite, des candidats qui ont satisfait au concours. Cette liste est signée par le jury.

Avant le vote du jury médical, le sous-intendant militaire fait connaître les titres antérieurs de chaque candidat, de manière à faire apprécier le mérite de sa conduite et de ses services.

Titre V. *De l'admission, de l'avancement dans le corps des officiers de santé militaires, et du placement.*

Des élèves.

Art 15. Tous les ans, du 1er au 16 août, il est ouvert à Paris, Metz, Strasbourg, Lille, Lyon et autres villes que désigne notre ministre de la guerre, un concours public pour l'admission d'un nombre déterminé de chirurgiens élèves.

Les matières sur lesquelles doit porter l'examen sont indiquées dans un programme arrêté par notre ministre de la guerre, sur la proposition du conseil de santé.

Ce programme est publié, chaque année, le 1er juin au plus tard.

Il indique le nombre d'élèves à admettre.

Art 16. Les candidats se font inscrire à l'intendance militaire de l'une des villes où les concours ont lieu. Ils doivent y être rendus, à leurs frais, le 30 juillet au plus tard.

La voie du sort désigne l'ordre dans lequel ils seront examinés.

Art. 17. Nul ne peut se présenter au concours s'il ne justifie :

1° Qu'il est Français ;

2° Qu'il a plus de seize ans et moins de vingt-un ans au 1er janvier de l'année du concours ;

3° Qu'il remplit toutes les conditions d'instruction exigées par les facultés de médecine pour être admis à prendre des inscriptions ;

4° Qu'il n'est atteint d'aucune infirmité qui le rende impropre au service militaire : cette justification a lieu sur la production d'un certificat délivré par un officier de santé militaire du grade de major ou d'aide-major en activité de service, et dûment légalisé.

Art. 18. Dans les hôpitaux ordinaires, le jury chargé de procéder aux concours annuels d'admission des élèves est composé de trois officiers de santé en chef de l'hôpital militaire et de deux autres officiers de santé dont le choix est laissé à l'intendant militaire de la division. Dans les hôpitaux militaires d'instruction, le jury est composé de trois professeurs et de deux officiers de santé désignés par l'intendant militaire.

Art. 19. Aussitôt que les concours sont terminés, l'intendant militaire transmet au ministre de la guerre

la liste nominale des candidats qui y ont satisfait. Il accompagne cet envoi des compositions écrites de chacun des concurrens.

Art. 20. Ces états de candidature et les compositions écrites sont communiqués au conseil de santé des armées. Ce conseil dresse une liste par ordre de priorité de tous les candidats jugés admissibles aux emplois d'élève. Il la présente au ministre de la guerre, qui, après l'avoir approuvée, fait expédier les lettres d'admission, suivant l'ordre indiqué par cette liste, et en raison du nombre d'emplois disponibles.

Art. 21. Les jeunes soldats pourvus d'un emploi de chirurgien élève obtiennent un sursis de départ pendant toute la durée de leurs études, et jusqu'à leur promotion au grade de sous-aide. En cas de licenciement, ils sont incorporés dans un régiment, si la portion de la classe à laquelle ils appartiennent a été appelée à l'activité.

Art. 22. Les élèves doivent être rendus, le 15 octobre, à l'hôpital d'instruction qui leur est assigné. Passé le délai du 1er novembre, ceux qui n'ont pas rejoint sont considérés comme démissionnaires et remplacés dans l'ordre de la liste générale, à moins qu'ils n'aient obtenu, pour cause légitime, l'autorisation de différer leur départ.

Art. 23. La durée du cours complet d'instruction est de trois ans : deux ans aux hôpitaux d'instruction, un an à l'hôpital de perfectionnement.

Cependant les élèves peuvent être autorisés à passer une troisième année aux hôpitaux d'instruction, et une deuxième année à l'hôpital de perfectionnement, si des circonstances graves leur ont occasionné une suspension de travail : les jurys d'examen sont juges de la validité des motifs allégués par les élèves.

Art. 24. Dans les hôpitaux d'instruction, les élèves seront répartis en deux divisions :

La seconde division comprend les élèves nouvellement admis ;

La première division se compose des élèves qui ont complété les cours de la deuxième division.

Les élèves passent de la seconde division à la première, d'après un examen qu'ils subissent à la fin de chaque année scolaire.

Les élèves de la première division qui ont achevé les cours, subissent des examens pour passer à l'hôpital de perfectionnement à Paris.

Les examens que les élèves ont à subir pour passer de la deuxième division à la première division, et de la première division à l'hôpital de perfectionnement, ont lieu chaque année au mois d'août, d'après un programme arrêté par le conseil de santé, approuvé par le ministre de la guerre, et transmis chaque année aux professeurs des hôpitaux d'instruction, par l'intermédiaire de l'intendant militaire.

Il est procédé à ces examens par un jury composé des officiers de santé, professeurs, de tous grades et des trois professions. L'intendant militaire de la division arrête la liste des élèves qui doivent passer de la deuxième division à la première division, et de la première division à l'hôpital de perfectionnement.

Les élèves qui, après la deuxième ou troisième année de séjour dans les hôpitaux d'instruction, ne peuvent satisfaire aux examens pour passer à l'hôpital de perfectionnement, sont signalés par l'intendant militaire au ministre, qui prononce leur licenciement.

La liste des élèves de la deuxième et troisième année reconnus susceptibles d'être admis à l'hôpital de perfectionnement, est transmise par l'intendant militaire au ministre de la guerre, qui fixe l'époque du départ des élèves pour l'hôpital de perfectionnement.

Art. 25. Dans les hôpitaux d'instruction et de perfectionnement, les élèves sont soumis à la discipline militaire.

Lorsqu'un élève a commis une faute assez grave pour être licencié, la proposition du licenciement est soumise par l'intendant militaire au ministre de la guerre, qui prononce ; elle est accompagnée d'un rapport motivé des officiers de santé en chef de l'hôpital d'instruction ou de perfectionnement, et de l'avis du sous-intendant militaire.

Du grade de chirurgien sous-aide.

Art. 26. Nul ne peut être nommé chirurgien sous-aide s'il n'a servi comme élève au moins deux ans dans les hôpitaux d'instruction, et un an dans l'hôpital de perfectionnement.

Art. 27. Chaque année, au mois d'août, les élèves de l'école de perfectionnement subissent, d'après un programme arrêté par le conseil de santé et approuvé par notre ministre de la guerre, un concours qui a pour but de faire connaître les élèves susceptibles d'être promus au grade de chirurgien sous-aide.

Le jury d'examen est composé d'un inspecteur du service de santé, président; de deux professeurs de l'hôpital de perfectionnement, et de deux officiers de santé principaux ou autres, désignés par notre ministre de la guerre.

Après le concours, le jury forme la liste générale, par ordre de mérite, des élèves jugés admissibles au grade de chirurgien sous-aide.

Art. 28. Les notes tenues sur la conduite des élèves entrent en ligne de compte pour le classement sur cette liste.

Art. 29. Les élèves qui, après deux ans d'étude à l'hôpital de perfectionnement, ne peuvent satisfaire aux examens de sortie, sont licenciés par notre ministre de la guerre, sur le rapport de l'intendant militaire de la première division.

Art. 30. La liste des élèves jugés admissibles au grade de chirurgien sous-aide est adressée par l'intendant militaire au ministre, qui, après l'avoir approuvée, la rend publique par la voie du journal militaire.

Les élèves portés sur cette liste sont pourvus, savoir :

Les quatre premiers candidats inscrits, des emplois de chirurgiens sous-aides vacans dans les hôpitaux d'instruction ;

Les autres candidats, par ordre d'inscription, des em-

plois de chirurgien sous-aide vacans dans les hôpitaux ordinaires.

Art. 31. Les chirurgiens sous-aides des hôpitaux ordinaires passent, par rang d'ancienneté de grade, dans les hôpitaux d'instruction, au fur et à mesure des vacances.

Les chirurgiens sous-aides des hôpitaux d'instruction passent, d'après leur rang d'admission dans ces hôpitaux, à l'hôpital de perfectionnement et dans les hôpitaux de Paris.

Art. 32. Les élèves promus au grade de chirurgien sous-aide comptent, comme service effectif pour la retraite et la reforme, le temps qu'ils ont passé en qualité d'élève dans les hôpitaux d'instruction et à l'hôpital de perfectionnement, depuis qu'ils ont atteint leur dix-huitième année.

Du grade de chirurgien aide-major.

Art. 33. Nul ne peut être chirurgien aide-major s'il n'a servi au moins trois ans comme chirurgien sous-aide, et s'il ne justifie du diplôme de docteur en médecine.

Art. 34. Tous les ans, du 16 août au 15 octobre, les chirurgiens sous-aides de l'hôpital de perfectionnement et des autres hôpitaux de Paris, ayant au moins un an d'étude dans ces mêmes hôpitaux, concourent ensemble pour le grade de chirurgien aide-major dans les régimens de ligne.

Le jury d'examen est composé :

1° D'un inspecteur du service de santé, président ;

2° De trois professeurs de l'hôpital de perfectionnement, et de trois officiers de santé désignés par le ministre.

Ce concours a pour but de faire connaître,

1° Les sous-aides susceptibles d'obtenir le grade d'aide-major ;

2° Les sous-aides qui ne satisfont pas aux conditions exigées pour obtenir de l'avancement.

Art. 35. Les chirurgiens sous-aides reconnus susceptibles d'avancement sont inscrits par ordre de mérite sur une liste d'avancement.

Les dispositions de l'art. 28 leur sont applicables pour leur classement sur cette liste.

Après le concours annuel, ils passent de l'hôpital de perfectionnement et autres hôpitaux de Paris dans les hôpitaux ordinaires, pour y attendre leur nomination au grade de chirurgien aide-major.

Les chirurgiens sous-aides portés sur la liste d'avancement, et qui sont munis du diplôme de docteur en médecine, sont tous nommés aides-majors dans les corps de la ligne, au fur et à mesure des vacances, moitié d'après l'ordre de leur inscription sur la liste d'avancement, moitié au choix.

Le choix s'exerce sur les dix premiers candidats inscrits sur les listes de chaque année.

Art. 36. Les chirurgiens sous-aides que le jury n'a pas reconnus aptes à l'avancement, sont renvoyés dans les hôpitaux d'instruction : après une année, ils sont appelés de nouveau à l'hôpital de perfectionnement. Si, après une année passée dans cet hôpital et l'épreuve d'un nouveau concours, ils ne sont pas compris sur la liste d'avancement, ils sont envoyés dans les hôpitaux ordinaires ; mais préalablement le jury s'assure s'ils continuent à remplir les conditions voulues pour occuper l'emploi même dont ils sont revêtus. En cas de négative, le jury établit une proposition de retrait d'emploi régulièrement motivée, et le ministre de la guerre la soumet à notre sanction.

Renvoyés dans les hôpitaux ordinaires, ils ne sont plus admis à rentrer dans les hôpitaux d'instruction et à concourir de nouveau à l'hôpital de perfectionnement à Paris, que sur une décision spéciale du ministre, prise d'après la proposition des officiers de santé en chef des hôpitaux où ils sont employés et l'avis de l'intendant militaire.

Art. 37. Nul chirurgien aide-major ne peut être placé dans une arme spéciale, dans un hôpital militaire de l'intérieur ou dans un poste sédentaire, s'il n'a servi en ladite qualité au moins deux ans dans un corps de la ligne ou dans les ambulances ou hôpitaux d'une armée active.

Les chirurgiens aides-majors de la ligne, des hôpitaux et ambulances aux armées sont placés dans les corps d'armes spéciales, dans les hôpitaux de l'intérieur et dans les postes sédentaires, moitié à l'ancienneté, moitié au choix.

Les candidats aux choix sont annuellement présentés par les inspecteurs-généraux d'armes pour ce qui concerne les officiers de santé du corps, et les intendans militaires pour ce qui concerne les officiers de santé des ambulances et hôpitaux militaires.

Du grade de chirurgien-major.

Art. 38 Nul ne peut être chirurgien-major s'il n'a servi au moins quatre ans dans le grade de chirurgien aide-major, et s'il n'est docteur en médecine.

Art. 39. Les chirurgiens aides-majors employés dans les hôpitaux militaires, les postes sédentaires et les armes spéciales, sont seuls promus au grade de chirurgien-major dans les régimens de ligne, moitié à l'ancienneté, moitié au choix.

Les candidats au choix sont annuellement présentés par les inspecteurs-généraux d'armes et les intendans militaires.

Art. 40. Nul chirurgien-major ne peut être placé dans une arme spéciale, dans un hôpital militaire de l'intérieur ou dans un poste sédentaire, s'il n'a servi en ladite qualité, au moins trois ans dans un corps de la ligne ou dans les ambulances ou hôpitaux d'une armée active.

Les chirurgiens-majors de la ligne, des hôpitaux ou ambulances aux armées, sont placés dans les corps d'armes spéciales, dans les hôpitaux de l'intérieur ou dans les postes sédentaires, moitié à l'ancienneté, moitié au choix.

Les candidats au choix sont annuellement présentés

par les inspecteurs-généraux d'armes et les intendans militaires.

Du grade de pharmacien aide-major.

Art. 41. Tous les ans, immédiatement après le concours pour le grade de chirurgien aide-major, les chirurgiens sous-aides qui se destinent au service de la pharmacie concourent ensemble pour le grade de pharmacien aide-major devant le jury d'examen, dont la composition est réglée par l'art. 35 de la présente ordonnance.

Les candidats déclarés aptes à être nommés chirurgiens aides-majors sont seuls admis à ce concours.

Ceux qui, par suite de ce concours, sont déclarés susceptibles de remplir les fonctions de pharmacien aide-major, sont classés par ordre de mérite et admis dans cet ordre à être pourvus des emplois de pharmacien aide-major qui viennent à vaquer dans les hôpitaux.

Toutefois, ils ne peuvent être promus pharmacien aide-major que s'ils sont reçus docteur en médecine ou maître en pharmacie.

Notre ministre de la guerre détermine annuellement le nombre des candidats à admettre pour les emplois de pharmacien aide-major.

Du grade de pharmacien-major.

Art. 42. Nul ne peut être pharmacien-major s'il n'a servi au moins quatre ans comme pharmacien aide-major, et s'il n'est docteur en médecine ou maître en pharmacie.

Les pharmaciens aides-majors sont promus au grade de pharmacien-major, moitié à l'ancienneté, moitié au choix.

Les candidats au choix sont annuellement présentés par les intendans militaires.

Du grade de médecin adjoint.

Art. 43. Nul ne peut être désigné pour le grade de médecin adjoint s'il n'a trois ans de grade comme chirurgien aide-major, et s'il n'a servi dans un hôpital militaire pendant au moins un an, s'il n'est docteur en médecine, et si son aptitude n'est constatée par le conseil de santé.

Pourront toutefois être admis à l'emploi de médecin adjoint les pharmaciens aides-majors ayant au moins trois ans de service dans ce grade, docteurs en médecine, et dont l'aptitude aura été constatée par le conseil de santé; mais sous la réserve expresse qu'ils ne pourront être admis aux emplois de médecin adjoint dans une proportion excédant le cinquième des vacances de ces emplois.

Le conseil de santé présente annuellement, pour l'emploi de médecin adjoint, une liste des candidats qu'il reconnaît aptes à en remplir les fonctions.

Ils sont désignés sur cette liste, pour les vacances qui surviennent, moitié à l'ancienneté de grade et moitié au choix.

Du grade de médecin ordinaire.

Art. 44. Nul ne peut être médecin ordinaire s'il n'a servi au moins deux ans dans l'emploi de médecin adjoint, et s'il n'est docteur en médecine.

Les médecins adjoints sont promus au grade de médecin ordinaire, moitié à l'ancienneté dans l'emploi de médecin adjoint, et moitié au choix.

Les candidats au choix sont annuellement présentés par les intendans militaires.

Du grade de principal dans les trois professions.

Art. 45. Nul ne peut être médecin principal, chirurgien principal, pharmacien principal, s'il n'a servi au moins quatre ans dans le grade de médecin ordinaire, chirurgien-major ou pharmacien-major, et en outre si, dans l'un de ces grades, il n'a fait campagne et rempli les fonctions d'officier de santé en chef d'un corps d'armée, ou dirigé en chef un grand établissement pendant deux ans, ou s'il n'a été pendant ce même laps de temps premier professeur dans un hôpital d'instruction.

Tous les emplois dans le grade de principal sont donnés au choix.

Art. 46. Dans l'intérieur, les officiers de santé principaux ne sont employés que dans les fonctions de premier professeur et d'officier de santé en chef des hôpitaux d'instruction, ou comme chefs de service d'autres grands établissemens.

Ils peuvent être détachés provisoirement par le ministre de la guerre et sous la direction scientifique du conseil de santé, pour faire des inspections médicales dans les hôpitaux secondaires et près les corps de troupes.

En temps de guerre, ils sont employés comme officiers de santé en chef d'armée, ou comme officiers de santé principaux de corps d'armée.

Du grade d'inspecteur.

Art. 47. Nul ne peut être nommé inspecteur s'il n'a servi au moins trois ans dans le grade de principal.

La totalité des emplois d'inspecteur est au choix.

Titre VI. *De l'admission et de l'avancement dans le professorat.*

Art. 48. Les médecins ordinaires, les médecins adjoints et les chirurgiens aides-majors et pharmaciens aides-majors portés sur les listes annuelles d'aptitude pour l'emploi de médecin adjoint, sont admis à concourir pour les emplois de médecin professeur vacans dans les hôpitaux militaires d'instruction et à l'hôpital de perfectionnement.

Les chirurgiens-majors sont admis à concourir pour les emplois vacans de chirurgien professeur, concours auquel sont également admis les chirurgiens aides-ma-

jors des hôpitaux militaires, des postes sédentaires et des armes spéciales.

Les pharmaciens-majors et aides-majors sont admis à concourir pour les emplois vacans de pharmacien professeur.

Nul ne peut être admis à concourir pour le professorat s'il n'est docteur en médecine ou maître en pharmacie.

Art. 49. Chaque fois qu'un emploi de professeur vient à vaquer dans un hôpital d'instruction, le ministre de la guerre le fait connaître par la voie du Journal militaire.

Les officiers de santé qui remplissent les conditions de profession et de grade énoncées à l'art. 48, et qui sont employés dans l'intérieur, adressent au ministre de la guerre des demandes de candidature.

Il leur fait connaître en réponse le jour où doit s'ouvrir le concours, et leur délivre des congés avec solde entière, dont la durée et déterminée. Toutefois, la solde entière ne sera acquise qu'au candidat qui justifiera avoir subi toutes les épreuves du concours.

Art. 50. Si le nombre des candidats est trop considérable pour qu'ils puissent être appelés simultanément sans inconvéniens graves pour le service, notre ministre de la guerre limite le nombre des concurrens, lesquels sont appelés par ordre d'ancienneté de grade, et par portion égale, dans le grade de médecin ordinaire et de médecin-adjoint, de chirurgien-major et de chirurgien aide-major, de pharmacien-major et de pharmacien aide-major.

Art. 51. Le concours pour l'admission dans le professorat a toujours lieu à l'hôpital de perfectionnement. Le jury médical est composé d'un membre du conseil de santé, président, de quatre professeurs de l'hôpital de perfectionnement, et de quatre officiers de santé désignés par notre ministre de la guerre.

Le ministre désigne en outre deux officiers de santé militaires comme jurés suppléans. Ces deux officiers de santé assistent à toutes les épreuves du concours; mais ils n'ont voix délibérative qu'en cas d'empêchement légitime d'un membre titulaire du jury.

Art. 52. Les épreuves du concours sont :

1° Une appréciation des titres antérieurs de chaque candidat, faite dans l'assemblée des juges, où le mérite de sa conduite et de ses services est discuté d'après les renseignemens communiqués par notre ministre de la guerre.

2° Une réponse par écrit à une question qui est la même pour tous; cette question est faite à huis-clos, et chaque candidat vient la lire devant le jury assemblé.

3° Une leçon après vingt-quatre heures de préparation sur une question donnée par le jury, et relative à la partie de l'enseignement pour laquelle le concours est ouvert. Chaque candidat tire au sort le sujet particulier qu'il doit traiter.

4° Enfin, une leçon faite après trois heures de préparation, sur un sujet tiré au sort, et qui est le même pour tous ceux des candidats qui peuvent subir le même jour cette épreuve.

Les leçons durent chacune une heure.

Les candidats ne peuvent s'aider que de simples notes.

Pour le concours de médecine opératoire, les candidats sont en outre soumis à une épreuve pratique à l'amphithéâtre.

Art. 53. Immédiatement après la dernière séance du concours, les juges se réunissent, et nomment au scrutin secret et à la majorité absolue, le candidat qu'ils ont jugé le plus digne.

Art. 54. Dans le cas où aucun des candidats ne réunit la majorité absolue des suffrages, le ministre choisit le professeur à nommer parmi les deux candidats qui ont obtenu le plus grand nombre de voix, ou bien il ordonne un nouveau concours.

S'il ne se présente pas de candidats, le ministre pourvoit d'office à l'emploi vacant sur une liste de trois candidats, qui lui est présentée par le conseil de santé.

Art. 55. Le résultat de la délibération du jury est constaté par un procès-verbal que l'intendant militaire de la première division militaire transmet à notre ministre de la guerre, qui statue définitivement.

Art. 56. Les emplois de médecin, chirurgien et pharmacien premiers professeurs dans les hôpitaux d'instruction et dans l'hôpital de perfectionnement sont donnés au choix, sur la présentation des intendans militaires, aux professeurs attachés à ces établissemens, ou aux officiers de santé principaux ayant appartenu au professorat.

Art. 57. L'emploi de professeur est indépendant du grade de l'officier de santé qui l'occupe. Le premier professeur est chef de service, quelle que soit son ancienneté de grade.

Art. 58. Les emplois de professeur à l'hôpital de perfectionnement sont donnés au choix, par notre ministre de la guerre, aux officiers de santé qui professent dans les hôpitaux d'instruction le même cours que celui pour lequel un emploi de professeur est vacant à l'hôpital de perfectionnement. Toutefois si notre ministre de la guerre le juge convenable, il est pourvu à la vacance par voie de concours.

Art. 59. Les professeurs peuvent, dans un même hôpital, sous l'approbation de notre ministre de la guerre, professer une branche de l'enseignement autre que celle pour laquelle ils ont concouru, lorsque leur aptitude a été reconnue par le conseil de santé.

Art. 60. Notre ministre de la guerre dispose, suivant les besoins ou les convenances du service, des officiers de santé titulaires des emplois de professeur, comme de tous les autres officiers de santé militaires.

Titre VII. *De la subordination.*

Art. 61. L'action du grade supérieur sur le grade inférieur, en ce qui concerne l'art et l'exécution du service, et la subordination dans chaque profession, doivent être observées par tous les officiers de santé employés dans un même corps de troupe ou dans un même hôpital militaire.

La subordination est encore observée à l'égard du grade supérieur d'une profession à une autre.

A grade égal dans une même profession, l'autorité immédiate est exercée par l'officier de santé le plus ancien de grade, sous la modification mentionnée en l'article 57.

Les chirurgiens sous-aides sont employés à tour de rôle dans le service de la médecine, de la chirurgie et de la pharmacie, d'après la désignation faite par les officiers de santé en chef réunis.

Les chirurgiens sous-aides attachés au service de la pharmacie sont sous les ordres immédiats du pharmacien en chef, des pharmaciens-majors et des pharmaciens aides-majors; ceux attachés au service des malades sont sous les ordres des médecins et chirurgiens traitans.

Art. 62. Les officiers de santé de tous grades dépendent de l'autorité militaire sous les rapports de l'ordre public et de la discipline.

Art. 63. Ceux qui sont placés ou détachés dans les établissemens dépendant du service des hôpitaux, aux ambulances et dans les postes sédentaires, sont sous les ordres des intendans et sous-intendans militaires pour tout ce qui est relatif à la discipline, à l'exécution du service et des réglemens.

Les chirurgiens-majors et aides-majors attachés à des corps de troupe sont subordonnés au colonel, au lieutenant-colonel, et à l'officier commandant le corps en leur absence.

Le chirurgien-major ou aide-major chargé spécialement du service de santé près d'une partie de corps détachée, est subordonné à l'officier qui commande le détachement.

L'officier de santé qui fait un service de semaine, est subordonné à l'officier supérieur de semaine.

Titre VIII. *De la solde.*

Art. 64. La solde des officiers de santé des trois professions et de tous grades, placés dans les postes sédentaires, dans les hôpitaux militaires et dans les ambulances aux armées, est et demeure fixée par le tarif annexé à la présente ordonnance.

Art. 65. Les chirurgiens-majors et les chirurgiens aides-majors jouissent de la solde attribuée aux grades de capitaine de première classe et de lieutenant de première classe dans les corps auxquels ils sont attachés.

Art. 66. Le tarif annexé à la présente ordonnance sera exécutoire à partir du 1er août 1836.

Titre IX. *De l'uniforme.*

Art. 67. Les officiers de santé de l'armée de terre des trois divisions, médecins, chirurgiens et pharmaciens, continueront à porter l'uniforme déterminé par les ordonnances antérieures pour chacune des trois divisions.

Aucun changement ne pourra y être introduit que par une ordonnance royale rendue par nous sur la proposition de notre ministre de la guerre.

Titre X. *Dispositions générales.*

Art. 68. Les officiers de santé des hôpitaux de Paris ne peuvent obtenir de l'avancement dans ces mêmes hôpitaux.

Sont seuls exceptés de cette règle les officiers de santé attachés au professorat.

L'avancement au grade de principal dans les trois professions n'entraîne pas un déplacement obligé pour les chefs de service.

Art. 69. Sous la modification mentionnée au second paragraphe de l'article 44, les officiers qui, antérieurement à la loi du 19 mai 1834, sur l'état des officiers, ont été promus par commission ministérielle, comptent leur ancienneté de grade pour l'avancement, à partir de la date de cette commission : à date semblable, la date de la commission du grade inférieur décide la priorité.

A l'égard des promotions postérieures à la loi du 19 mai 1834, l'ancienneté pour l'avancement est déterminée par la date du brevet du grade, à date semblable, la date du brevet ou de la commission du grade inférieur décide la priorité.

Art. 70. L'ancienneté de grade pour la retraite et la réforme est déterminée par la date de la commission ministérielle, pour les officiers de santé promus antérieurement à la loi du 19 mai 1834, et par celle du brevet pour les officiers de santé promus postérieurement à cette loi.

Art. 71. Le temps exigé pour passer d'un grade à un autre peut être réduit de moitié en temps de guerre.

Art. 72. Il ne peut pas être dérogé aux conditions énoncées dans la présente ordonnance pour passer d'un grade à un autre grade, et pour le placement, si ce n'est :

1° Pour acte de dévouement et de courage duement justifié et mis à l'ordre du jour de l'armée ou de la division ;

2° Lorsqu'il n'est pas possible de pourvoir autrement au remplacement des vacances.

Art. 73. Les candidats présentés aux choix par le inspecteurs généraux d'armes et les intendans militaires, soit pour l'avancement, soit pour le placement dans les corps d'armes spéciales, les hôpitaux militaires, les postes sédentaires, sont inscrits par ordre d'ancienneté de grade sur un tableau établi pour chaque position, et auquel restent annexés les mémoires de propositions des inspecteurs-généraux d'armes et des intendans militaires.

Ces tableaux ne sont valables que pendant un an. Chaque année, au mois de janvier, ils sont annulés et remplacés par d'autres tableaux.

Dans l'intervalle d'une inspection générale ou administrative à une autre inspection, les lieutenans-généraux et les intendans militaires ne peuvent adresser des propositions d'avancement ou de placement, si ce n'est pour services extraordinaires de nature à être considérés comme action d'éclat.

Titre XI. *Dispositions transitoires.*

Art. 74. Les élèves qui, à la date de la présente ordonnance, sont proposés par le conseil de santé pour l'avancement, seront appelés simultanément à l'hôpital de perfectionnement, dans l'ordre de leur inscription sur le tableau d'avancement, pour concourir, à la fin de l'année scolaire, pour le grade de chirurgien sous-aide.

Toutefois, ils sont dès à présent aptes à être pourvus des vacances d'emplois de chirurgien sous-aide qui se présenteront dans le cours de l'année, d'après l'ordre de priorité qui sera déterminé par le conseil de santé, sur une nouvelle liste collective des chirurgiens et pharmaciens élèves.

Art. 75. Les élèves chirurgiens et pharmaciens de l'hôpital de perfectionnement qui ne remplissent pas la condition de présentation pour l'avancement, seront répartis par portion égale dans les trois hôpitaux d'instruction.

A la fin de l'année scolaire, ils concourront pour passer à l'hôpital de perfectionnement; ceux qui n'auront pas satisfait aux examens resteront une année de plus dans les hôpitaux d'instruction, où ils composeront la première division.

Art. 76. Par dérogation au premier paragraphe de l'art. 31, et sous la réserve exprimée à l'avant-dernier paragraphe de l'art. 30, les chirurgiens sous-aides des hôpitaux ordinaires passeront, en 1836 et 1837, dans les hôpitaux d'instruction, moitié à l'ancienneté, moitié au choix.

Le choix portera exclusivement sur les sous-aides qui auront remporté des prix dans les concours antérieurs à la présente ordonnance.

Art. 77. Par dérogation au deuxième paragraphe de l'article 41, les pharmaciens sous-aides en exercice à la date de la présente ordonnance pourront concourir directement pour le grade de pharmacien aide-major sans être astreints à la condition énoncée dans ledit paragraphe.

Art. 78. Les officiers de santé de tous grades qui, à la date de la présente ordonnance, se trouveront portés sur les listes du conseil de santé pour l'avancement, pour les corps d'armes spéciales, les postes sédentaires, les hôpitaux ordinaires et les hôpitaux d'instruction, ou pour passer d'une profession dans une autre, concourront, au tour du choix, pour l'avancement et pour ces différentes positions, jusqu'au 31 décembre 1836, sans être astreints à remplir les conditions déterminées par la présente ordonnance.

Art. 79. Les dispositions des ordonnances et réglemens précédens sont abrogées en tout ce qui est contraire à la présente ordonnance.

Art. 80. Notre ministre secrétaire-d'état de la guerre est chargé de l'exécution de la présente ordonnance.

Paris, le 12 août 1836.

LOUIS-PHILIPPE.

Par le Roi :

Le ministre secrétaire-d'état de la guerre,

Marquis Maison.

N° 105. — 3 Sept.

ÉCOLE PRATIQUE.

Cours public d'ophthalmologie de M. Rognetta.

Deuxième leçon. *Presbyopie. Lunettes.*

§ 1er. *Généralités.* La presbyopie peut être définie un vice fonctionnel de l'œil, qui ne permet de voir distinctement qu'à une distance plus grande de celle de la vision normale, à deux ou trois pieds, par exemple. (*V.* leçon précédente.) La presbyopie est par conséquent une lésion opposée à la myopie.

Comme cette dernière, la presbyopie peut quelquefois être un symptôme d'une maladie plus ou moins grave de l'organe oculaire. Ces maladies sont :

1° (Cornée et lobe entier). La microphthalmie ou l'atrophie de l'œil, la rhytidosis ou l'atrophie de la cornée, et par conséquent de la chambre antérieure, les fistules de la cornée. Il est très-ordinaire de rencontrer la presbyopie chez les chevaux, aux Indes, par cette dernière cause; l'antichambre oculaire donne chez ces animaux facilement naissance à des petits vers qu'on voit nager dans l'humeur aqueuse comme des serpentaux, et qui finissent par perforer la cornée et y laisser des fistules incurables si on ne se hâte pas d'ouvrir cette membrane avec le bistouri, et de laisser échapper ces hôtes incommodes. (Wardrop, Hecker's annalen, febr. 1834.) Ces maladies, comme la plupart de celles que nous allons indiquer, occasionnent la presbyopie de deux manières; par le raccourcissement du diamètre cornéo-rétinien et par la diminution de la force réfractile des corps diaphanes.

2° (Iris) Le prolapsus irien, la phthisie pupillaire, ou resserrement permanent de la prunelle, les ouvertures excentriques de l'iris (pupille artificielle), l'absence du diaphragme oculaire.

Un jeune homme dont parle Wardrop, chez lequel l'iris avait été arraché presque en totalité par l'action d'une épine, est devenu presbyte par suite de cet accident; la vision ne pouvant plus s'exercer qu'à l'aide d'un iris artificiel placé au-devant de l'œil, c'est-à-dire d'une carte trouée ou bien d'une lunette dont le verre, teint en noir dans toute son étendue, présentait un point diaphane seulement dans son milieu, pour imiter la pupille.

3° (Cristallin) L'atrophie du cristallin, son déchâtonnement (cataracte luxée), son déplacement ou son enlèvement, comme après l'opération heureuse de la cataracte. Tout le monde sait que les décataractés sont, en général, très-presbytes, et qu'ils ont besoin de verres fort convexes pour bien voir. Bien que la place abandonnée par le cristallin soit, dans ces cas, occupée par une sorte de prolongement herniaire du corps vitré qui prend derrière l'iris la forme lenticulaire, la force réfractile étant toujours moindre, la presbyopie est inévitable, à moins que le sujet ne fût préalablement myope; aussi est-on obligé, pour y remédier, de placer une espèce de cristallin artificiel au-devant de l'œil, les lunettes à cataracte.

4° (Corps hyaloïdien) La synchysis, ou la déliquescence du corps vitré, son évacuation partielle par une cause soit traumatique, soit spontanée, sans paralysie de la rétine. Le corps vitré est, comme on sait, susceptible de reproduction jusqu'à un certain point; la nouvelle sécrétion cependant n'étant que de la sérosité limpide et libre dans la troisième chambre de l'œil, sa réfractilité est moindre que celle de l'éponge hyaloïdienne primitive; de là la presbyopie.

5° (Orbite) L'atrophie de la graisse orbitaire, comme à la suite de longues maladies, par exemple, ou de l'abus de la masturbation, etc. La sphère oculaire s'enfonce alors dans le cône de l'orbite, la physionomie s'altère singulièrement, et offre ce que le vulgaire appelle yeux creux. Cet état est presque toujours accompagné de vision presbyte.

Le mot presbyopie est composé de *presbis,* vieillard, et *ops,* vision. Cette lésion, en effet, ne se rencontre le plus ordinairement que dans un âge avancé. Il est plus rare de voir des enfans ou des jeunes gens presbytes que des vieillards myopes. Comme la vieillesse doit se mesurer plutôt par l'état de l'organisme que par le nombre des années, on ne doit point être étonné de rencontrer quelquefois la presbyopie chez des jeunes gens épuisés par des causes particulières.

Un jeune jésuite sicilien, pour lequel j'ai été consulté à Paris, offrait ses cornées très-aplaties et marquées de gérontaxon, ou d'opacité périphérique, comme celles des vieillards très-presbytes. Il a été atteint d'amaurose grave par suite de la *luxaria manuensis,* qu'il exerçait jusqu'à sept fois par jour.

Il ne faut pas confondre la lésion que nous étudions avec une espèce particulière de vision longue qu'on appelle *oxyopie*, et qui consiste dans la faculté de voir les étoiles pendant le jour, et d'autres objets très-éloignés, que les yeux normaux ne peuvent pas discerner. L'oxyopie doit être regardée tantôt comme une anomalie heureuse de la vision, analogue à la nyctalopie congénitale, tantôt comme le signe avant-coureur d'une affection grave, ainsi que nous le verrons ailleurs.

§ 2. *Variétés.* Sous le rapport de son intensité, la presbyopie offre plusieurs degrés. Nous en admettrons trois, d'après Gendron. Le premier est à un pied et quelques pouces; le second à deux pieds; le troisième à trois pieds environ; c'est-à-dire la lecture sur des caractères de grosseur moyenne, ne pouvant s'exercer nettement qu'à ces distances. La force réfractile des corps diaphanes de l'œil est tellement affaiblie chez les presbytes, le diamètre cornéo-rétinien est tellement raccourci, que ce n'est qu'en éloignant beaucoup l'objet, en allongeant considérablement le cône optique, qu'on peut voir distinctement. Il est vrai que dans l'état normal l'organe oculaire possède l'heureuse faculté de s'accommoder aux distances variables des objets qu'on regarde, et cela moyennant l'action des quatre muscles droits, dont les contractions sur la coque sclérotidienne, allongent ou raccourcissent à volonté le diamètre antéro-postérieur (Demours, Travers); cependant dans la presbyopie très-prononcée, le raccourcissement de ce diamètre est trop considérable pour pouvoir être compensé par cette seule action des muscles droits. Aussi aux distances ordinaires de la vue normale, les objets paraissent-ils brouillés aux yeux presbytes, parce que le foyer du cône lumineux tombe chez eux au-delà de la rétine. On mesure les degrés de la presbyopie par le même procédé que avons indiqué pour la myopie.

Considérée sous le rapport de son siége, la presbyopie est uni-latérale ou bi-latérale. Le duc d'Aiguillon, dont parle Demours, et plusieurs personnes que j'ai connues, présentaient un œil presbyte; l'autre normal ou myope. Il arrive aussi quelquefois que la presbyopie offre des degrés différens aux deux côtés d'un même individu, circonstances dont il faut tenir compte pour le choix des lunettes.

Examinée enfin sous le rapport de son origine, la presbyopie paraît toujours accidentelle. S'il était cependant prouvé, ainsi que Wardrop l'assure, que le cristallin manque quelquefois congénitalement, la presbyopie pourrait être, dans quelques cas très-rares, une infirmité de naissance.

§ 3. *Etiologie.* Après les considérations auxquelles nous venons de nous livrer, nous pourrions, à la rigueur, nous dispenser d'énumérer les causes de la presbyopie. On peut cependant se contenter d'établir à cet égard quelques propositions inverses à celles de la myopie.

1° Tout ce qui diminue le diamètre antéro-postérieur de la sphère oculaire, comme l'aplatissement du cristallin et de la cornée par les progrès de l'âge, etc.

2° Tout ce qui affaiblit la force réfringente des corps diaphanes de l'œil, comme la déliquescence du corps vitré, l'amincissement de la cornée, par l'approche de la vieillesse.

3° Tout ce qui provoque le resserrement habituel de la pupille, comme le voyage dans certaines régions du globe et pendant certaines saisons de l'année; en Orient, sur les déserts d'Arabie; au nord, où des masses énormes de glace réfléchissent une lumière éblouissante; l'exercice de certaines professions, telles que la broderie en or ou en argent, la bijouterie, la forge, etc.

4° Enfin, les cinq classes de maladies dont nous avons parlé en commençant.

§ 4. *Caractères physiques et physiologiques.* L'aplatissement du globe de l'œil et de la cornée, la petitesse de la chambre antérieure et l'étroitesse de la pupille, tels sont les caractères physiques de la presbyopie. Les caractères physiologiques se réduisent au regard presbyte et à ses conséquences; savoir, éloignement de l'objet pour bien voir, besoin d'une grande quantité de lumière, prédilection pour les gros caractères, céphalalgie sourcilière, fatigue des yeux, larmoiement et vue brouillée par suite de la lecture ou du regard prolongé sur des objets de petit volume.

Terminaisons. De trois manières différentes :

1° Par la guérison. Elle peut avoir lieu à la suite de l'hypertrophie accidentelle du cristallin ou du changement de consistance du corps vitré, ou bien enfin par l'augmentation de l'humeur aqueuse. Ces heureux changemens cependant sont assez rares; on voit plus

souvent la myopie se guérir spontanément que la presbyopie.

2° Etat stationnaire. Lorsque la presbyopie s'arrête permanemment dans le début de sa marche, on peut dire avec raison que cette terminaison est des plus heureuses ; car on peut en espérer la guérison radicale à l'aide d'un exercice gymnastique de l'œil que nous indiquerons tout à l'heure.

3° Progression indéfinie jusqu'à l'ambliopie ou à l'amaurose sénile. Cette fâcheuse terminaison de la presbyopie est malheureusement des plus fréquentes.

§ 5. *pronostic.* Variable suivant le degré de la presbyopie, les circonstances particulières qui l'accompagnent, et la tendance qu'elle affecte pour telle ou telle terminaison. La presbyopie au troisième degré est toujours une infirmité fâcheuse.

§ 6. *Traitement.* La thérapeutique ne connaît jusqu'à ce jour qu'un seul moyen contre la presbyopie, c'est l'usage des lunettes convexes ; encore ce remède n'est-il que palliatif. Dans quelques circonstances pourtant les lunettes peuvent devenir curatives de la presbyopie; c'est lorsque l'infirmité a cessé d'être progressive. On change de temps en temps les verres, en passant graduellement des plus convexes aux moins convexes jusqu'à ce qu'on arrive enfin aux verres tout à fait plats, qu'on abandonne également à leur tour pour ne regarder ensuite qu'à l'œil nu et aux distances propres à la vue normale. Un vieillard dont parle Demours garda pendant dix ans les mêmes lunettes convexes ; il les quitta ensuite par degrés, et parvint enfin à s'habituer à lire et à écrire sans besicles, comme avant d'être atteint de presbyopie. D'autres considérations se rattachent au sujet des lunettes.

§ 7. *Remarques pratiques sur les lunettes.* Il est assez remarquable que depuis près de cinq siècles que l'invention des lunettes existe, leur application thérapeutique ait été, comme celle d'une foule d'autres instrumens de physique médicale, presqu'entièrement abandonnée aux mécaniciens. La plupart des livres d'ophthalmologie sont presque complétement muets sur ce sujet, et ce qu'on trouve dans Weller est si vague et si incomplet, du moins pour ce qui concerne la partie dogmatique sur les indications des lunettes, que je considère ce point de médecine oculaire comme neuf en grande partie.

Indications générales. On peut résumer sous trois chefs les circonstances qui réclament l'usage des lunettes.

(A) Corriger la direction vicieuse des rayons lumineux. Dans la myopie, dans la presbyopie, après l'opération heureuse de la cataracte, dans le staphylome transparent, etc., on fait usage de lunettes dans le seul but de placer avantageusement le foyer de la lumière, en corrigeant par conséquent la direction vicieuse des rayons. Disons cependant qu'en général il ne faut se déterminer à faire usage des lunettes qu'autant que la vue est troublée, couverte de brouillard, au point de ne pas pouvoir distinguer de très-près la physionomie des corps, ou de ne pas pouvoir lire, écrire, ou s'appliquer à des ouvrages fins qu'avec fatigue pour les yeux, larmoiement, céphalalgie, etc. Chez les personnes très-myopes, par exemple, qui pour lire sont obligées de poser le nez sur le livre et de ne regarder que d'un seul œil, l'usage des lunettes est indispensable, de même que chez les presbytes dont les yeux se brouillent et se fatiguent facilement après une lecture de quelques minutes.

(B) Affaiblir la trop forte action de la lumière. La photophobie nous oblige souvent à avoir recours aux lunettes-conserves.

La même indication se présente aussi chez les personnes qui voyagent au milieu de corps très-réfléchiteurs de la lumière. On sait que dans quelques villes d'Orient, les habitans, pour modérer l'action du soleil, se teignent les paupières, les cils et les sourcils en noir, à l'aide d'une préparation huileuse d'antimoine. L'exercice de certaines professions peut réclamer également l'usage des lunettes : on n'ignore pas, en effet, que les ouvriers de certaines usines portent en travaillant des lunettes de sûreté, pour se garantir de la lumière et des étincelles. Dupuytren disait avec raison que les fossoyeurs, dont les yeux sont souvent en contact de gaz ammoniacaux très-irritans, pourraient se préserver de leurs conjonctivites habituelles à l'aide de lunettes appropriées.

(C) Exalter l'action de l'image des objets sur la rétine. Chez les sujets ambliopiques, les lunettes n'ont d'autre but que de rendre plus vive l'impression de l'image des corps sur la rétine en exagérant les contours. L'examen des objets très-fins rend souvent nécessaire l'emploi des verres grossissans : les horlogers, les insectologues, les anatomistes transcendans, les astronomes, les télégraphistes, etc., se trouvent dans ce cas.

En résumé, on peut dire que le but dans l'emploi des lunettes, se réduit : 1° à garantir ; 2° à améliorer; 3° à exagérer la faculté visuelle.

Les yeux normaux peuvent sans doute voir à travers les verres très-grossissans, comme le microscope, par exemple ; ils le peuvent aussi à travers les conserves à surfaces planes ; mais ils se brouillent complétement à travers les lunettes presbytes ou myopes, car ces verres déplacent le foyer lumineux du centre de la rétine, et produisent par conséquent sur eux une grande confusion dans le regard. Voilà pourquoi les yeux clair-voyans ne peuvent rien discerner lorsqu'ils essaient les lunettes d'autrui.

Variétés. (*a*) Considérés sous le rapport de leur armure, les instrumens en question se divisent en *lunettes* proprement dites, *lorgnettes* ou *lorgnons*, et *tubes télescopiques* (lunettes d'approche de théâtre). Les lunettes des anciens ressemblaient à une paire de pinces de cheminée qu'on mettait à cheval sur le nez ; elles vacillaient facilement, tiraillaient la peau des conduits et points lacrymaux, et comprimaient les narines ; de là la vue tremblottante, le larmoiement et la gêne de la respiration par leur usage : on y a renoncé. Les lunette dont on se sert de nos jours prennent leur appui aux tempes, ou bien on les porte à la main au-devant des yeux, à l'aide d'un cordon, ce qui vaut bien mieux en général.

Les lorgnettes sont ou monocles ou binocles. Les premières ne faisant exercer qu'un seul œil nuisent singulièrement à la vue de l'autre. Je connais plusieurs personnes qui sont devenues amaurotiques d'un côté par suite de l'usage d'un lorgnon monocle qu'elles portaient par simple coquetterie d'abord. Les lorgnettes binocles rentrent dans la catégorie des lunettes à la main.

Les tubes télescopiques ou d'approche sont aussi monocles ou binocles. Leur usage ne peut être toujours que nuisible aux yeux normaux, surtout à la lumière artificielle.

(*b*) Sous le rapport de leur forme, les verres des lunettes sont ronds, oblongs ou angulaires. Les ronds sont incontestablement les meilleurs, surtout s'ils sont très larges comme la base de l'orbite. Je dis très-larges, car les verres petits rétrécissent le champs de la vision et nuisent à la rétine. Les oblongs ou ovalaires sont très-à la mode de nos jours. On devrait cependant les proscrire entièrement. Non-seulement ces verres réfractent peu avantageusement la lumière, car ils admettent une plus grande quantité de rayons dans le sens latéral que dans le vertical, mais encore ils rétrécissent fâcheusement la sphère visuelle. On ne voit, en effet, pour ainsi dire, avec les verres ovalaires que comme à travers le trou d'une serrure.

Les verres angulaires affectent la forme carrée, parallélogramme, ou bien ils offrent deux angles d'un côté et un bord courbe de l'autre. Je ne vois aucun avantage, et je trouve au contraire beaucoup d'inconvéniens à ces sortes de verres de fantaisie.

(*c*) Examinés enfin sous le rapport de la direction des plans de leurs surfaces, les verres des lunettes sont concaves, bi-concaves, plano-concaves ; convexes, bi-convexes, plano-convexes, ou bien enfin tout à fait plats ; ces derniers sont appelés conserves. Les opticiens comptent par numéros les degrés de ces inclinaisons, et ce numéro se rapporte précisément aux pouces de l'axe de la sphère dont le verre n'est qu'un segment, en général, plus un verre est convexe, plus la sphère à laquelle il appartient est petite. Ainsi, par exemple, la cornée qui a la forme d'un verre concavo-convexe est le segment d'une sphère dont le diamètre offre sept lignes et demie de longueur (De la Hire) ; elle est, comme on le voit, plus convexe que la sclérotique dont la sphère présente un diamètre de douze lignes environ. Voilà pourquoi plus les verres des presbytes sont convexes, moins ils présentent de largeur ou d'étendue périphérique.

Les conserves sont incolores ou bien coloriées en bleu ou en vert. Elles résultent quelquefois de quatre ou bien de six verres, dont deux latéraux, et deux ou quatre en avant; d'autre fois, elles sont habillées d'une sorte de chemise ou plutôt de rideau en taffetas, analogue à la doublure de la coulisse de certains sacs de nos dames. Dans les cas de photophobie très-vive, les conserves incolores peuvent être utiles : les coloriées sont toujours nuisibles, elles agissent comme les chambres obscures, savoir, en augmentant la sensibilité, et produisent à la longue la cécité (Searpa). Il en est à peu près de même des conserves habillées. Les seules conserves réellement utiles sont donc les incolores de grandes dimensions. On peut augmenter utilement leur action à l'aide d'une visière artistement arrangée.

3° *Caractères.* Pour être convenables, les verres des lunettes ou conserves doivent être diaphanes, incolores, acromatiques (savoir, ne pas décomposer la lumière qui les traverse), polis, sans inégalités ni bulles, très-larges et de figure ronde. Ils doivent permettre de voir nettement les objets, sans fatigue et sans exagérer leurs dimensions. En général, il faut beaucoup de sobriété dans leur usage, et de persévérance dans le numéro du verre choisi, à moins qu'on ne puisse l'échanger par des verres moins forts et arriver enfin par degrés à les quitter complétement.

N° 106. — 6 Sept.

HOTEL-DIEU.

M. Chomel.

Résumé de la clinique médicale pendant l'année scolaire 1835—1836.

Gangrène du poumon.

Nous n'avons rencontré que deux fois la gangrène du poumon. Cette maladie s'est présentée avec des circonstances qui en ont rendu le diagnostic très-incertain. Le premier de ces malades était couché au n° 66 de la salle Saint-Bernard; il rendait chaque jour une très-grande quantité de crachats puriformes, exhalant une odeur de macération anatomique. A raison de l'abondance de l'expectoration et l'absence de couleur noire ou grise des crachats, M. Chomel pense qu'il y avait chez ce malade un épanchement pleurétique communiquant avec les bronches. La mort eut lieu. A l'ouverture du cadavre on trouva dans les deux poumons un grand nombre de foyers gangréneux. L'abondance de l'expectoration dépendait de l'irritation des bronches qui, sans cesse en contact avec des matières sanieuses, sécrétaient une grande quantité de mucus puriforme.

L'autre malade affecté de gangrène des poumons était un phthisique qui, la veille de sa mort seulement, rendit des crachats de couleur tabac d'Espagne, sans odeur gangréneuse. A l'ouverture, on trouva dans le parenchyme pulmonaire deux ou trois petites excavations contenant une matière analogue à celle qui était expectorée. Dans aucun de ces deux cas, la maladie ne fut diagnostiquée.

Phthisie pulmonaire.

Il s'en est présenté vingt-un cas. On n'a pas observé ces accidens graves qu'on rencontre assez fréquemment chez les phthisiques, tels que la perforation du poumon et le pneumo-thorax qui en est la suite; la rupture de l'intestin au niveau d'une ulcération tuberculeuse, et la péritonite consécutive. Dans un cas où il y avait une gêne extrême de la déglutition, sans altération appré-

ciable des amygdales et du pharynx, on diagnostiqua des ulcérations de l'épiglotte que montra l'ouverture du cadavre.

Emphysème du poumon.

Quatre cas. Dans deux cas, la maladie paraissait remonter à l'enfance. Les deux autres malades n'accusaient de dyspnée que depuis quelques années. L'un de ces quatre malades est mort de gangrène du poumon. Les autres sont sortis de l'hôpital soulagés.

Affections rhumatismales.

Le nombre des rhumatismes articulaires aigus a été de quatorze : un seul malade a succombé ; deux étaient âgés de moins de vingt ans ; sept de vingt à trente ; cinq de trente à quarante. On a compté dix hommes et quatre femmes. Neuf sujets étaient atteints de rhumatisme pour la première fois, trois pour la seconde fois, et deux pour la troisième fois. Chez les premiers, la durée de la maladie a été de vingt jours ; elle a été de vingt-sept chez les seconds, et de quatorze chez les derniers. Cinq de ces malades seulement ont accusé comme cause de rhumatisme un refroidissement, le corps étant en sueur. Trois étaient nés de parens rhumatisans. La maladie a débuté onze fois par les articulations des extrémités supérieures, et trois fois par les membres inférieurs. Deux fois le rhumatisme a envahi les muscles des organes situés dans l'arrière-bouche. Il y avait une gêne extrême de la déglutition, qu'on ne pouvait attribuer à aucune inflammation appréciable de la muqueuse.

Chez quatre malades seulement les bruits du cœur ont offert quelque chose d'anormal.

Le premier de ces malades est un garçon âgé de 17 ans, d'une constitution grêle, qui, après avoir perdu quatre livres de sang, tomba dans un état chlorotique. A l'auscultation de la région précordiale, on entendait chez ce malade un bruit de soufflet qui se dissipa plus tard ; le malade guérit. Il nous paraît d'autant plus naturel de rattacher le bruit de soufflet à la modification du liquide circulatoire, que le même phénomène a été observé à la même époque chez un sujet atteint de péripneumonie, qui avait perdu six livres de sang. Ce sujet succomba, et l'examen nécroscopique ne fit découvrir aucune altération appréciable du cœur.

Chez un autre malade, qui n'avait perdu qu'une livre et demie de sang, on trouva le bruit de soufflet, dix jours après la disparition de l'affection rhumatismale.

Le troisième cas est relatif à une jeune femme, qui succomba à une endo-péricardite, après avoir perdu huit livres de sang.

Le quatrième concerne un sujet qui est encore dans les salles.

Chez le malade qui a succombé, toutes les articulations ont été explorées avec soin, et l'on n'a pas trouvé la plus légère altération. Il y a peu de jours que dans le service de M. Husson, à l'Hôtel-Dieu, un malade affecté de rhumatisme articulaire, a succombé à une endo-cardite ; les résultats de l'examen cadavérique ont été également nuls relativement au rhumatisme.

Le saignée a été le principal moyen de traitement mis en usage. La durée de la maladie a été plus longue dans le cas où l'on a fait usage d'abondantes émissions sanguines que dans ceux où les saignées ont été employées dans une certaine mesure.

Parmi les affections rhumatismales anormales, nous comprendrons un cas relatif à une femme couchée au n. 1 de la salle Saint-Lazare, chez laquelle les douleurs ont alterné avec une paralysie complète du sentiment dans les membres supérieurs.

Une autre malade, couchée au n. 26 de la salle Saint-Paul, a été affectée d'amaurose pendant 24 heures, et plus tard de paraplégie. Toutes ces lésions étaient d'origine rhumatismale, et ont cédé à l'usage des moyens propres à combattre le rhumatisme. Une fois le diaphragme a été le siége de la maladie. Dans ces derniers cas, outre les émissions sanguines, on a fait usage des opiacés, et on a porté des révulsifs vers les extrémités. On a également appliqué des rubéfians sur les articulations primitivement affectées.

Maladies des centres nerveux.

Méningite, 6 cas. Le diagnostic a été obscur dans cinq cas, où la maladie s'est montrée comme complication de la pleurésie ou de la pneumonie. Le sixième cas, dans lequel le diagnostic n'a pas offert la moindre obscurité, s'est heureusement terminé. Tous les autres ont succombé.

Ramollissement du cerveau, 1 cas. Le corps calleux et la voûte à trois piliers étaient les seules parties affectées.

Myélite, 2 cas, qui se sont heureusement terminés.

Hémorrhagie cérébrale, 1 cas.

Tumeur de l'encéphale, 1 cas.

Dans la dernière partie de son résumé, M. Chomel a passé en revue les lésions organiques du cœur, du foie, de l'utérus et des ovaires. Elles n'ont offert aucun intérêt.

N° 107. — 8 Sept.

HOPITAL NECKER.

M. Bricheteau.

Des conférences cliniques de l'hôpital Necker pendant une partie de l'année 1835. (Suite.)

Squirrhes et cancers de l'estomac.

Plusieurs cas de ces maladies, que nous avons observés pendant la vie et après la mort, nous ont mis à même de faire une distinction fondée sur l'anatomie pathologique, entre ces deux affections squirrheuses et cancéreuses, d'ailleurs également incurables, du ventricule. Nous avons souvent agité devant les élèves la question

de savoir si les squirrhes, ou dégénérations lardacées des organes digestifs en particulier, sont un premier degré du cancer, et s'ils doivent nécessairement passer à l'état d'ulcération et de ramollissement, comme le pensent les auteurs les plus modernes? Des faits assez nombreux, dont plusieurs pourront figurer dans notre compte-rendu de 1836, nous font prononcer pour la négative. Par conséquent, nous avons classé les dégénérations lardacées stationnaires parmi les transformations fibro-cartilagineuses, en nous fondant à la fois sur la nature de la lésion accidentelle et sur les symptômes qui en dérivent; et nous croyons fermement qu'on peut appliquer cette distinction à tous les tissus susceptibles d'être atteints de squirrhe et de cancer.

Analysons d'abord quelques-uns des faits que nous avons recueillis, puis nous déduirons de ces faits même les raisons qui nous engagent à poser des limites entre le squirrhe et le cancer.

— Un malade couché à la salle Saint-Joseph, n 4, séjourna quelque temps à l'hôpital; il était extrêmement maigre et épuisé, par défaut d'assimilation; du reste, il n'éprouvait aucune souffrance, dormait paisiblement, et assurait n'avoir jamais souffert; seulement il vomissait une fois en vingt-quatre heures, cinq ou six heures après avoir mangé. Sa figure était pâle, mais sans aucune expression de douleur; son teint n'avait rien de plombé ni de paillé.

Cet homme, qui, malgré son état, était d'une humeur assez gaie, tomba dans le marasme et l'anémie, et s'éteignit paisiblement.

A l'ouverture du corps on trouva le pylore extrêmement rétréci, et l'anneau de communication avec le duodénum converti en une sorte de substance fibreuse, lardacée, d'environ un pouce de diamètre, sans ulcération, ramollissement ni autre lésion organique. A peine eut-on pu introduire une plume à écrire dans l'ouverture pylorique. Aucune lésion analogue n'existait dans les trois grandes cavités.

Cet homme, qui avait plus de cinquante ans, et qui digérait difficilement et vomissait depuis longues années, avait évidemment succombé par suite d'un obstacle mécanique au passage des alimens. Il est certain que dans presque tous les points de l'économie animale, un pouce carré de dégénération lardacée aurait à peine produit de légers accidens.

—Un homme d'environ quarante-cinq ans, malade depuis longtemps, entra à l'hôpital le 30 janvier 1833. Cet homme, d'une haute stature et d'une constitution vigoureuse, avait été d'une force extraordinaire dans sa jeunesse; maintenant il est pâle, maigre, et sa figure annonce un profond dépérissement. Ce malade ne pouvait ingérer que des liquides dans l'estomac, encore avaient-ils beaucoup de peine à y parvenir, à cause d'une dysphagie considérable. Il y avait des nausées, un afflux continuel de salive aussitôt que le malade se disposait à prendre des alimens; mais lorsque la déglutition s'était opérée, la digestion s'accomplissait facilement et sans douleur. Aucune tumeur ne se faisait sentir dans la région épigastrique, qu'on pouvait comprimer en tout sens sans causer la moindre souffrance. A la dysphagie près, qui nous fit soupçonner l'existence d'une affection de la portion inférieure de l'œsophage, le malade se trouvait assez bien et restait dans un état stationnaire. Mais le 20 février il fut pris d'une douleur pleurétique qui le fit périr en deux jours.

A l'ouverture du corps, faite vingt-quatre heures après la mort, on trouva des traces de pleurésie à la face externe du poumon droit, et un épanchement de sérosité d'environ une livre dans la cavité thoracique du même côté. La partie inférieure de l'œsophage était transformée en un tube lardacé d'un demi-pouce d'épaisseur, d'une blancheur remarquable. La même transformation occupait le quart supérieur et postérieur de l'estomac; dont elle avait réduit la capacité au diamètre d'un pouce environ. Le reste de ce viscère, ainsi que l'ouverture pylorique, était dans l'état normal, et formait un contraste avec la partie squirrheuse. Le reste du tube digestif n'offrait aucune altération. La transformation fibreuse qu'avaient subie les parties inférieure de l'œsophage et supérieure de l'estomac, était d'un blanc mat et absolument semblable à un cartilage frais qu'on vient de découvrir en ouvrant une capsule articulaire; il n'y avait à sa surface ni rougeur, ni congestion, ni ulcération, ni fongosité.

Un poëlier âgé de cinquante-deux ans, entra à l'hôpital le 6 novembre 1834; il nous parut atteint d'une lésion organique de l'estomac qu'on sentait au toucher, sous la forme d'une tumeur aplatie et dure, mais qui n'était pas accompagnée des symptômes du cancer. Le malade avait un teint jaune et était d'une grande maigreur; il digérait difficilement, et ne se nourrissait que de panades et de pâtes féculentes, ainsi que de lait coupé avec du gruau. Du reste, il ne vomissait pas, dormait bien et ne souffrait aucunement; seulement il avait parfois de la diarrhée. Des bains, des opiacés, des boissons gommeuses sucrées, des frictions stibiées sur l'épigastre composèrent son traitement palliatif.

Cet homme, qui disait avoir autrefois craché du sang, mourut subitement le 7 février, à la suite d'une violente hémoptysie.

A l'ouverture du corps, on trouva, dans l'épaisseur de l'ouverture pylorique, une tumeur lardacée à plusieurs lobes, d'une blancheur remarquable à l'extérieur et dans les sections qu'on y pratiqua avec un scalpel; cette tumeur n'avait ni ulcération, ni points ramollis, et rien de ce mélange confus de tissus morbides qui constitue l'affection cancéreuse, en un mot, c'était un tissu accidentel, homogène. L'ouverture pylorique était assez grande pour qu'on pût y introduire l'extrémité du doigt auriculaire, ce qui explique pourquoi le malade ne vomissait pas; l'estomac contenait du sang qui provenait de la poitrine. Les poumons présentaient à leur partie supérieure, des cicatrices provenant, suivant toutes les probabilités, d'anciennes affections tuberculeuses suppurées. Le tissu pulmonaire était le siége d'une forte congestion sanguine, et contenait même çà et là de petits foyers sanguins circonscrits; les bronches regorgeaient également d'une mucosité sanguinolente. Les

intestins offraient des traces de phlegmasie chronique.

Cet homme qui, étant phthisique, avait échappé à cette dangereuse maladie, et qui portait une tumeur fibreuse et lardacée dans l'estomac, laquelle mettait obstacle à la digestion et à l'assimilation, fut fondroyé par une attaque d'apoplexie pulmonaire ; maladie qui, soit dit en passant, était bien difficile à expliquer dans l'état de maigreur, d'anémie et de marasme où se trouvait le malade. Comment donc peut-il s'effectuer une congestion sanguine dans un organe, quand le cœur est sans force et la contractilité sans énergie ? Par quel inconcevable mécanisme le sang peut-il franchir les barrières naturelles que lui impose la nature ?

Pour établir que les altérations décrites dans les observations précédentes sont des transformations fibro-cartilagineuses et non des lésions carcinomateuses, rappelons la description qu'en donne l'un des hommes les plus versés dans l'anatomie pathologique, celui-là même qu'a désigné le célèbre Dupuytren pour occuper la chaire qu'il a fondée sur cette partie de l'enseignement.

« Le squirrhe, dit M. Cruveilhier, (1) est demi-transparent lorsqu'il est divisé en lames ténues sans disposition linéaire, souvent lobuleux, ayant une consistance qui varie depuis celle du fibro-cartilage jusqu'à celle du lard dont il offre l'aspect, et paraissant formé d'un tissu fibreux et cellulaire pénétré d'albumine.

Le squirrhe envahit tous nos tissus soit primitivement, soit consécutivement; mais il affecte une triste prédilection pour les tissus à la fois très-sensibles et abondamment pourvus de vaisseaux blancs ; survient spontanément, ou succède à un engorgement par cause externe, scrofuleux, vénérien ou autre ; attaque communément à cette époque critique où l'homme et la femme deviennent impropres à la reproduction. Le squirrhe fait éprouver des douleurs lancinantes, *des éclairs de douleurs*, ne rétrograde jamais vers l'organisation première; marche tantôt avec une rapidité effrayante, et fait périr en quelques mois ; tantôt d'une manière chronique, et reste stationnaire pendant dix, quinze ans, et ne paraît pas hâter l'instant de la mort ; s'étend par continuité de tissus et par résorption lymphatique ; tue quelquefois sans passer à des altérations ultérieures, mais le plus souvent devient le siége d'un travail intérieur ; dans quelques cas rares tombe en gangrène, et est expulsé en totalité ; le plus souvent passe à l'état d'ulcère, ou bien se ramollit et devient semblable au cerveau d'un enfant nouveau-né. »

Nous ne croyons pas qu'on puisse en aucune manière, appliquer cette description à l'affection qui nous occupe, car on n'y retrouve presqu'aucun des traits caractéristiques si bien exposés par M. Cruveilhier.

Nous ne voyons pas comment dans les cas dont il s'agit, on peut supposer que l'altération passera à l'état de ramollissement? En effet, une maladie, quelle qu'elle soit, qui s'est accrue lentement, qui est restée quinze ou vingt ans stationnaire, est sans doute arrivée au terme de son cours, et il est à supposer qu'il n'y a plus pour elle de métamorphose possible.

Lorsqu'une semblable lésion occupe un organe secondaire, elle ne cause presqu'aucun accident morbide; mais si, au contraire, elle a malheureusement son siége dans un organe dont l'intégrité est nécessaire au maintien de la vie, elle ne peut agir que comme obstacle mécanique, soit qu'elle prive le tissu où elle a son siége de sa faculté contractile ou extensive, soit qu'elle s'oppose au passage des matériaux de la nutrition, à leur assimilation à nos organes. C'est précisément ce qui est arrivé chez nos malades, qui sont morts d'inanition sans aucune souffrance. Nous en avons vu périr quelques autres qui ne pouvaient se persuader qu'ils étaient malades, tant ils étaient exempts de toute souffrance ; ils dormaient profondément, mangeaient avec plaisir, et vomissaient presque sans effort et sans angoisse les alimens demi-digérés qu'ils avaient pris six, huit, douze et même vingt-quatre heures après les avoir ingérés.

Nous devons ajouter, que les malades dont nous parlons ne présentaient aucun indice d'une affection scrofuleuse, ou de diathèse cancéreuse.

En résumé, nous pensons que c'est à tort qu'on range les squirrhes lardacés indolens du pylore, du cardia, de l'œsophage, des intestins parmi les variétés du cancer. Il est plus rationnel de les rapprocher des corps fibreux de la matrice, et d'autres transformations analogues qu'on rencontre quelquefois chez des individus qui n'en avaient fourni aucun indice pendant leur vie. Nous ne pouvons admettre non plus que les lésions doivent nécessairement passer à un autre état, quand elles ont existé sous la même forme un temps très-long pendant lequel elles se sont trouvées soumises à des chances multipliées d'excitation capable de hâter une terminaison quelconque. La forme d'un tissu anormal qui a vingt ans d'existence, doit être à son apogée, et son histoire doit être finie.

(1) Essai sur l'anatomie pathologique.

N° 108.— 10 Sept.

Société Phrénologique. — Sixième séance annuelle.

C'est le 23 août et en présence d'un nombreux auditoire, qu'a eu lieu la sixième séance de la société phrénologique de Paris ; l'abondance des matières nous a forcé d'en différer le compte rendu.

A deux heures, M. Fossati, président de la société, a ouvert la séance, et a prononcé un discours dans lequel il a exposé l'état actuel de la phrénologie, qui, dit-il, a beaucoup plus de prosélytes qu'on ne pourrait le penser ; car dans les Grandes-Indes, dans l'Amérique du sud, dans l'Amérique du nord, dans la Russie, en Suède, en Danemarck, à Copenhague, à Vienne, à Berlin, en Espagne, en Italie, dans la Grande-Bretagne, et en Écosse surtout, il existe beaucoup de sociétés phrénologiques ; il se publie un grand nombre d'ouvrages, il se crée de nombreuses collections phrénologiques.

M. Fossati remercie les adversaires de la phrénologie ; car sans eux, les cours de MM. Broussais, Dumoutier et Voisin, qui ont été suivis si assidûment, n'eussent pas eu lieu.

M. P. Gaubert, secrétaire-général, a ensuite rendu compte des travaux de la société, et le public a écouté avec beaucoup d'intérêt le résumé des faits qui ont été soumis à l'observation des phrénologistes: entre autres, il en est un communiqué par le docteur Leroy, de Versailles. Il a pour sujet une femme très-avare ; M. Leroy, sans la connaître, trouva dans un examen détaillé, ses organes en rapport parfait avec ce vice.

M. le docteur Voisin a pris ensuite la parole. Il a eu pour but de mentionner quelques considérations sur l'instinct destructeur, et de dire un mot sur la peine de mort. « La mort violente, selon M. Voisin, est une institution de la nature ; c'est par elle que se trouvent assurées la nourriture et l'existence organique des êtres, et c'est par elle qu'on a enfin le mot de l'énigme, l'explication de tous ces sacrifices d'êtres vivans faits à d'autres êtres vivans. A cet effet, la cause première a tout profondément calculé, et a tout largement institué ; elle a donné toutes les facultés, tous les instrumens, tous les organes propres à l'exécution de ses desseins. M. Voisin fait remarquer que tous les êtres sont merveilleusement organisés sous tous les rapports, de manière à céder à l'empire de cet instinct. Il montre enfin que la conformation des êtres vivans explique bien la nécessité des scènes continuelles de destruction qui règnent à la surface du globe.

» La nature a donc voulu que l'homme fût destructeur, et cela est si vrai, que si la faculté destructive fait défaut, la constitution est froide, si je puis m'exprimer ainsi, le caractère n'a point de couleur, l'esprit n'a point d'énergie, l'individu est indolent et passif ; il a besoin d'une impulsion étrangère ; sans elle le méchant le brave et le maltraite avec impunité ; son ressentiment est nul, ses haines contre le vice ne sont pas vigoureuses ; c'est un être sans conséquence et sans ressort, propre tout au plus à servir d'instrument ou de jouet à la foule active et passionnée de ses contemporains. Autant l'exercice de cette faculté, agissant dans certaines limites, est nécessaire, autant elle est dangereuse lorsqu'elle s'élance hors de ses bornes. La peine de mort en est le premier écart. Sous ce rapport, continue M. Voisin, la destructivité me fait constater la plus vive opposition pour condamner l'indignité des exécutions ; ce sont les facultés humaines qui se révoltent contre la domination d'un penchant inférieur, et qui ne peuvent consentir à partager sa dégoûtante responsabilité.

» En effet, suivez un coupable depuis le moment où il comparaît devant la cour d'assises jusqu'à celui où vous le voyez monter à l'échafaud. La sentence de mort n'est pas prononcée sans que les membres du jury, les juges eux mêmes éprouvent un frémissement involontaire ; n'est point exécutée sans que le peuple animal qui court au spectacle de cette sanglante tragédie, sans que les hommes d'armes, sans que le prêtre, sans que le bourreau lui-même soient douloureusement remués dans tout leur être ; sans qu'il y ait sur tous les visages une consternation, un abattement, une laideur d'expression qui laisse souvent à l'homme que l'on va supplicier tous les avantages moraux de sa position. Alors le criminel, en se jettant dans les bras de son Dieu, ne se soumet pas à l'expiation trop forte qu'on lui fait subir et que son intelligence et sa conscience condamnent, et il meurt emportant avec lui l'intérêt de cette même société, qui ne s'était pas doutée que la vie ne doit être rendue qu'à celui qui l'a donnée. »

Ce discours a été souvent interrompu par des applaudissemens, et nous a paru produire une vive impression sur l'auditoire.

M. Dumoutier a lu enfin une notice tendant à prouver que Buffon était dans l'erreur lorsqu'il pensait que l'homme ne devait la supériorité de son intelligence qu'à la perfection de sa main.

Longtemps avant lui, Aristote soutint avec raison que l'invention des arts n'est due qu'à la raison et non aux mains, qui ne sont que des organes. L'opinion de Buffon, dit M. Dumoutier, est contredite par beaucoup de faits, et entre autres par le suivant, qui est de nature à ne laisser aucun doute sur l'influence du cerveau pour la manifestation des aptitudes artistiques, et que j'oppose aux adversaires de la phrénologie.

M. Ducornet est un peintre habile, sans bras ; sa taille n'excède pas trois pieds deux pouces, son torse est raccourci par une triple déviation de la colonne vertébrale et par une gibbosité ; il n'a pas de cuisses, est terminé inférieurement par deux sortes de *nates* de forme hottentote, et dont les pieds enfin sont très-courts et incomplets, puisqu'ils n'ont que quatre orteils chacun. Malgré cette difformité, M. Ducornet est beaucoup plus agile qu'on ne le croirait ; mais il se tient debout fort peu de temps ; d'abord parce qu'il essuie beaucoup de fatigue dans cette position, et qu'ensuite il veut conserver la seule ressource qu'il ait à sa disposition pour mettre à exécution l'art qu'il sent vivement, et dont il a d'ailleurs besoin pour soutenir sa famille. Son jeune âge a été très-orageux, tant par sa mauvaise santé que par sa pétulance insupportable ; et il a fallu que sa famille aperçut en lui les germes de dispositions particulières pour entourer de soins bien fatigans un corps aussi frêle et aussi disgrâcié de la nature. Étant enfant, il jouait fort bien au bouchon, et ficelait très-habilement une toupie, qu'il lançait assez bien pour rivaliser d'adresse avec ses camarades.

A sept ans, M. Ducornet savait déjà écrire, et commençait à dessiner ; plus tard, on le mit au collége où il fit de bonnes études, et lorsqu'il les eût terminées, il passa par les mains de plusieurs peintres célèbres. La nature l'a effectivement bien partagé sous le rapport phrénologique ; car les instincts d'attachement d'association, les facultés morales sont très-développés. Parmi les facultés intellectuelles, les organes des aptitudes manuelles sont très-saillans ; viennent ensuite sur la même ligne, la mémoire des formes, de l'étendue, des lieux, des faits, et le jugement. Une chose bien remar-

quable, c'est que les artistes qui connaissent le genre de M. Ducornet, lui reprochent d'avoir *trop de main*, et se servent proverbialement de cette expression.

Cette exposition courte et simple, a attiré une grande attention et M. Dumoutier, comme tous les autres orateurs de cette séance, a été fort applaudi.

L'heure étant trop avancée, M. Bernard de la Fosse, qui devait prendre la parole sur un sujet d'autant plus intéressant que son zèle pour la phrénologie est connu, s'est vu forcé de ne pas prolonger la séance.

B...

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. Andral.

Leçons sur les maladies des centres nerveux; recueillies par M. Malherbe.

(Suite du numéro 105.)

Des convulsions.

Il en a déjà été question, mais c'était comme symptôme : étudions-les maintenant comme maladie ; c'en est une à laquelle les enfans sont très-sujets.

Les convulsions ne sont autre chose qu'un mouvement violent, involontaire, peu durable, consistant dans des alternatives rapides de contraction et de relâchement. A ces traits on ne saurait les confondre avec le tétanos. Elles peuvent exister avec perte de connaissance ou non : la bouche n'est point écumeuse.

Tous les âges y sont exposés ; mais c'est surtout chez les enfans qu'on les remarque, et à propos de la cause la plus légère.

Il est certains états de l'économie très-variés au milieu desquelles elles peuvent éclater. Pour étudier ces états, il faut passer en revue les divers appareils de l'organisme.

Du côté du système nerveux central, on observe une condition primordiale qui dispose l'enfant aux convulsions : c'est un grand développement de la tête, une grande excitabilité. Les jeunes sujets qui sont ainsi prédisposés à cette maladie ont une peau fine, blanche, délicate, les muscles grêles, les yeux mobiles et hagards ; ils éprouvent des tressaillemens fréquens et sans cause connue, leur sommeil est léger et troublé par des rêves; ils poussent des cris dûs sans doute aux terreurs paniques qui viennent les assiéger; leur visage change rapidement de couleur pendant les veilles ; souvent les fonctions digestives sont modifiées, les selles sont remarquables par leur irrégularité.

Les convulsions peuvent naître à la suite de maladies aiguës, à l'occasion d'une frayeur, d'un emportement de colère, d'un sentiment de jalousie, à la vue de ces mêmes convulsions chez d'autres enfans, car cette affection est contagieuse à sa manière. On a dit que la femme qui, pendant sa grossesse, avait ressenti une passion forte, une émotion vive, peut donner le jour à un enfant qui apporte en naissant une prédisposition aux convulsions. Sans vouloir rejeter cette opinion, disons qu'il est des familles, des parens chez lesquels l'hystérie, par exemple, qu'on signale comme une cause, n'a jamais eu prise, et qui ne peuvent cependant élever leurs enfans à cause des convulsions dont ils sont atteints.

Des lésions ayant même leur siége loin des centres nerveux, allant toutefois retentir sur eux, ont déterminé des convulsions : telles sont la coupure de verrues, des pressions sur l'épigastre, sur la plante des pieds. L'exposition à un air chargé d'électricité, les vicissitudes atmosphériques doivent encore figurer dans le cadre des causes productrices de cette maladie. Ajouterons-nous qu'elle est aussi, dans bien des circonstances, le résultat d'une affection portant directement sur le système nerveux? Dans ce cas, il faut faire remarquer qu'alors, les convulsions sont seulement symptômatiques.

Les conditions diverses dans lesquelles sont susceptibles de se montrer les différens organes, ont une influence remarquable sur la production des convulsions. On les voit se déclarer à propos d'une dentition difficile chez les enfans, ainsi qu'à l'occasion d'une inflammation gastro-intestinale aiguë, et quelquefois même chronique. La rétention des matières fécales, la présence de vers en certaine quantité, et lorsqu'il y a prédisposition, déterminent encore les mêmes phénomènes chez ces jeunes sujets.

Si l'appareil respiratoire ne présente pas d'altérations aptes à faire éclater les convulsions, si ce n'est du moins qu'accidentellement, il n'en est pas de même pour l'appareil de la circulation. On en a vu, en effet, surgir au milieu d'un mouvement fébrile intense ; pareille chose a quelquefois été notée pendant les intermittences des fièvres.

Chez les nouveau-nés, comme aussi chez des individus plus avancés dans les périodes de la vie, elles sont parfois l'effet d'un état pléthorique. Par contre, l'anémie, celle même qui ne sera que secondaire, aura quelquefois les mêmes conséquences. Les convulsions au milieu desquelles succombent les enfans, sont souvent le résultat de maladies chroniques. Non-seulement chez ces jeunes êtres, mais encore chez les femmes et chez tout individu qui a fait une perte trop considérable de sang, des convulsions peuvent se manifester. Elles ne sont pas très-rares à la suite d'épistaxis abondantes, de piqûres de sangsues qui coulent trop, de pertes menstruelles ou consécutives à l'accouchement, en un mot à la suite de toute hémorrhagie immodérée. Les cancers de l'utérus en sont encore une cause, et on se l'explique aisément. Elles surviennent aussi après certaines saignées. Il est clair que, dans ces cas, le cerveau ne recevant plus de sang en quantité suffisante pour être excité convenablement, cesse ses fonctions normales, entre dans un état de souffrance qui donne lieu aux phénomènes que l'on observe. Est-il nécessaire de dire que l'afflux excessif du sang vers l'encéphale entraîne les mêmes accidens?

Une alimentation insuffisante, incapable de fournir aux frais de la nutrition qui, comme on le sait, est très-active chez les enfans, et exige d'autant plus, que chez eux les organes ont besoin de développement, devient une cause de convulsions, parce que ce défaut de nourriture convenable entraîne l'appauvrissement du sang, qui dès lors ne porte plus au cerveau le stimulus nécessaire, indispensable pour l'entretien, le maintien et la régularité de son action. En général, chez les enfans surtout, les convulsions sont plutôt l'effet de l'anémie que de l'hypérémie.

On voit donc que le sang peut nuire au cerveau, troubler ses fonctions par surabondance, par défaut ou par sa trop petite quantité, comme aussi par sa viciation, sa mauvaise nature; c'est de cette dernière manière particulièrement qu'agissent certaines substances délétères introduites dans le sang.

Les émotions fortes ont souvent sur les nourrices une influence telle que leur lait en est modifié, altéré, et que l'enfant qui le suce s'en trouve mal, tombe dans des convulsions qui ne sont pas toujours sans un grand danger. Mais que penser du lait qui, dans les conditions normales, produit cependant des convulsions chez l'enfant qui s'en nourrit? Faut-il croire que le lait de certaines femmes ne peut être donné à d'autres enfans qu'aux leurs propres, sans que chez ceux-là la maladie qui nous occupe se manifeste? M. Brachet, de Lyon, l'a dit, appuyé qu'il était sur un exemple.

La transfusion du sang a été suivie de convulsions, ce qui prouve que le sang de l'un a des qualités différentes de celui de l'autre.

Examinant le rôle que peuvent jouer les appareils sécréteurs, ou plutôt les sécrétions elles-mêmes dans la production de cette sorte de névrose, qu'apprendrons-nous? Que des sécrétions morbides longues et supprimées tout à coup, de même qu'une sécrétion excessive qui dépouille le sang d'une partie trop considérable de sa richesse sont capables d'amener des convulsions. Nous en dirons autant d'un accroissement rapide chez les enfans.

Certaines altérations de la peau peuvent aussi causer les mêmes accidens : telles sont, chez les enfans, les piqûres, l'impression d'un air froid; le corps étant dans un état de chaleur, et surtout la rougeole, la scarlatine et autres exanthèmes qui sont souvent précédées de convulsions effrayantes qui se reproduisent encore parfois quand ces affections cutanées disparaissent subitement.

L'abus des fonctions génératrices, l'onanisme, spécialement chez les jeunes sujets, en sont encore des causes. On les observe aussi chez les jeunes filles, à l'époque de la première apparition des règles et même à plusieurs des époques menstruelles; la suppression de ce flux périodique, la grossesse, le travail de l'accouchement y donnent souvent lieu : mais dans cette dernière circonstance, il faut bien distinguer les cas où elles sont le résultat de souffrances physiques et morales, et ceux dans lesquels elles dépendent d'hémorrhagies. On les voit quelquefois survenir au moment où après l'accouchement tout tend à rentrer dans l'ordre. L'âge de retour chez les femmes n'en est pas exempt.

Si les convulsions se ressemblent par leurs symptômes, elles diffèrent par leur nature, leurs causes, comme nous venons de le voir.

Quel est donc dans cette maladie, l'état du cerveau? Est-il toujours le même, quelle que soient les causes auxquelles elle se rattache? M. Andral pense qu'il peut se trouver dans des conditions bien variées. Tantôt rouge, congestionné, injecté, hémorrhagié; tantôt au contraire, il se montrera pâle, anémique, ou ramolli, ou bien encore contenant des productions accidentelles; d'autres fois enfin, il n'offrira rien de remarquable, et aura conservé son état normal.

Quand la cause de la maladie est partie d'un point éloigné du cerveau, il pourrait aussi se faire que l'on y constatât des altérations; mais comme il est possible qu'on n'y en remarque aucune, il faut en conclure que les convulsions ne sont pas liées invariablement à un état pathologique de l'encéphale, et qu'en conséquence le traitement doit prendre une direction en rapport avec les causes de l'affection et avec toutes les circonstances qui s'y rapportent.

N° 109. — 13 Sept.

HOPITAL DE LA PITIÉ.

M. Lisfranc.

Quelques considérations sur la saignée du bras.

Je vous ai entretenu d'une saignée malheureuse pratiquée dans les environs de Paris; je n'ai pas besoin de redire qu'un anévrysme traumatique en a été la suite; vous vous rappelez que nous avons été obligé de lier l'artère brachiale sur le tiers inférieur de ce vaisseau. Sous ce point de vue et sous beaucoup d'autres, je crois qu'il peut être très-utile de vous parler de la phlébotomie des veines de l'avant-bras. Je vais le faire avec d'autant plus de plaisir, que depuis Lafaye les chirurgiens ne se sont presque pas occupés de cette opération, qu'il existe d'assez grandes lacunes à remplir dans la science; et que le malheur arrivé au malade couché dans la salle Saint-Antoine n'est pas très-rare. Depuis dix ans je l'ai observé quatre fois.

Plus souvent qu'on ne le pense, l'artère cubitale est sous-aponévrotique dans toute l'étendue de son trajet, l'artère radiale offre beaucoup plus rarement la même anomalie.

Il est des cas dans lesquels l'artère humérale est située beaucoup plus près de la tubérosité interne de l'humérus que les anatomistes ne l'ont indiqué. J'ai vu dans mes cours de médecine opératoire, trois sujets chez lesquels elle siégait sur la partie interne et inférieure du bras, et se recourbait presque à angle droit pour venir se rendre sur la partie antérieure et moyenne de l'articulation cubito-humérale. J'ai montré une disposition presque semblable sur l'un de mes prosecteurs.

Avant d'appliquer la ligature, il faudra donc s'assurer si les anomalies que je viens d'énoncer n'existent pas; car elle diminuerait ou ferait cesser les pulsations de l'artère, et empêcherait de constater les variétés anatomiques.

J'ai vu un sujet chez lequel un élève ne pouvait pas mettre à découvert l'artère humérale vers sa partie inférieure ; je la cherchai et je la trouvai couverte dans l'étendue de trois travers de doigts au-dessus de l'articulation par le faisceau musculaire superficiel et interne de l'avant-bras, qui se prolongeait jusqu'à la hauteur que je viens d'indiquer. La pièce fait partie de la belle collection des variétés anatomiques recueillies à l'amphithéâtre des hôpitaux par M. Serres.

Il suffit d'avoir indiqué ce cas pour qu'il n'embarrasse point quand on devra pratiquer la saignée ou faire la ligature de cette artère.

On trouve tantôt plus, tantôt moins de veines que les anatomistes, en général, n'en ont indiqué. Tout le monde sait combien varient la direction et le nombre de ces vaisseaux ; mais un fait remarquable et très-important, c'est que plus les veines sont près du côté externe du membre, moins on rencontre auprès d'elles de filets nerveux.

Le nerf musculo cutané ne se dégage d'entre le brachial antérieur et le biceps qu'à la moitié de la hauteur du tendon de ce dernier muscle. Au-dessus de ce point, je n'ai jamais trouvé de filets nerveux autour de la veine médiane céphalique.

Il résulte des faits d'anatomie chirurgicale que vous venez d'entendre :

1° Que la partie supérieure de la veine médiane céphalique est le point le plus avantageux pour pratiquer la saignée.

2° Que chez les sujets dont le système musculaire est assez développé, la pronation de l'avant-bras couvrant avec le long supinateur le nerf musculo-cutané et le tendon du biceps, l'on peut saigner plus bas.

3° Que dans les cas où les muscles seraient minces, la pronation ne remplirait pas le but que nous venons d'atteindre si, à cette première position que nous avons donnée au membre, l'on ne joignait une légère flexion.

4° Lorsqu'on ne pourra pas ouvrir la médiane céphalique l'on donnera la préférence :

1° A la radiale externe ;

2° A la radiale interne ;

3° A la médiane moyenne.

Mais n'omettons pas de faire remarquer que si cette veine rampait sur l'interstice musculaire formé par le long supinateur et le rond pronateur, elle serait adossée à des filets nerveux dont la lésion deviendrait presque inévitable ; que d'ailleurs, chez les sujets dont les muscles seraient peu développés, l'artère radiale située alors immédiatement sous l'aponévrose anti-brachiale pourrait être lésée. Or, cette veine ne devra être ouverte que quand elle siégera en dehors ou en dedans de l'interstice musculaire dont nous venons de parler.

5° Le grand nombre de filets nerveux qui accompagnent les veines cubitales semble ne pas devoir permettre de les ouvrir. Si l'on ne pouvait saigner que sur elles, nous préférerions la phlébotomie faite sur l'externe.

Toutes les fois que nous nous sommes occupé de la saignée dans nos cours d'opérations, nous avons demandé à messieurs les élèves si leur veine médiane basilique n'avait pas été ouverte. Presque toujours nous avons vu qu'elle l'était sur le point par lequel elle correspond immédiatement à l'artère. Pourquoi la phlébotomie est-elle pratiquée sur ce lieu ! C'est parce que la veine y est plus saillante ; mais il est évident que si elle peut être constatée par le toucher dans l'endroit dont nous venons de parler, on peut très-bien aussi sentir sa fluctuation, soit en dedans, soit en dehors de l'artère humérale.

La veine médiane basilique sera ouverte en dehors de l'artère.

Lorsque l'anastomose de la veine médiane basilique avec la médiane céphalique se fait trop près du condyle interne de l'humérus, on saigne la médiane basilique en dedans du tube artériel ; il est vrai que le nerf médian pourrait être lésé, mais sa lésion produirait des accidens moins graves que l'ouverture de l'artère.

Plus l'angle formé par la veine médiane basilique avec l'axe de l'artère humérale se rapprochera de l'angle droit, plus les principes que nous venons d'établir seront faciles à mettre en usage.

Quand la veine médiane basilique descend presque parallèlement à l'axe du membre, elle rampe dans beaucoup de cas sur le corps du biceps et sur son tendon ; alors son anastomose avec la médiane céphalique est située plus en dehors ; il est aisé d'éviter l'artère en saignant de ce côté.

Les manches des vêtemens que portent les femmes, surtout à la campagne, sont extrêmement étroites, l'opérateur les fait ordinairement retrousser, il applique la ligature, pratique la saignée, et très-souvent un instant suffit pour que le sang cesse de couler. J'ai vu de jeunes chirurgiens vouloir ouvrir une seconde fois la veine. Vous éviterez cet inconvénient en faisant déshabiller la malade.

Les veines sous cutanées, surtout celles du membre abdominal, contiennent beaucoup moins de sang le matin, lorsque les malades sont encore au lit et qu'ils y ont passé la nuit : il est souvent très-difficile de reconnaître alors la présence des vaisseaux. Il faut, s'il est possible, faire lever la personne qu'on doit saigner, et l'engager à prendre un peu d'exercice.

On a avancé que, quand une veine avait été souvent ouverte et qu'elle était le siége d'un très-grand nombre de cicatrices, il ne fallait pas l'ouvrir de nouveau, parce qu'on la trouvait entièrement oblitérée ou trop rétrécie pour donner la quantité de sang qu'on voulait extraire. Voilà un précepte qu'on a copié et recopié de siècle en siècle, et que dément l'anatomie pathologique.

Pendant les dix-huit années que j'ai fait manœuvrer la médecine opératoire sur le cadavre et que j'ai enterré les obliques de haut en bas, de dehors en dedans,

d'arrière en avant et de gauche à droite de la faculté de médecine de Paris, j'ai disséqué et fait disséquer ces veines dans un nombre infini de cas, je n'ai pas trouvé d'oblitération complète ; le vaisseau avait presque toujours conservé sa capacité ordinaire : rarement il était un peu rétréci. Je pense que l'erreur dans laquelle on est et que je viens de combattre, tient à la difficulté qu'on éprouve souvent à sentir la fluctuation fournie par le vaisseau, difficulté due à la dureté et à l'épaississement que les cicatrices ont données aux tissus.

Le phlébotomiste fait souvent des saignées blanches, et souvent aussi il traverse le vaisseau de part en part sur les personnes qui ont beaucoup d'embonpoint. Ces accidens tiennent à ce qu'il opère avec trop de promptitude, il faut, au contraire, que l'instrument pénètre dans les tissus avec lenteur ; on sentira ainsi le défaut de résistance fourni par la lancette lorsqu'elle arrivera dans la capacité de la veine, et l'on verra le sang monter le long de la lame : en prenant les précautions que nous venons d'énoncer, on ne doit pas craindre de pénétrer trop profondément, si, comme on le conseille partout, on a préalablement bien senti et bien assujéti le vaisseau.

On fait assez communément usage de deux lancettes : celle à grain d'avoine et celle à grain d'orge. Mon opinion est qu'on doit se servir exclusivement de la première ; car si le vaisseau est profond, la lancette à grain d'orge a l'inconvénient d'inciser la peau dans une trop grande étendue de sa surface ; si le vaisseau est superficiel, on peut avec la lancette à grain d'avoine produire une solution de continuité assez grande pour permettre au sang une issue facile, en faisant exécuter un peu plus étendu à la lame de l'instrument le léger mouvement de bascule qu'on doit lui imprimer.

Mais l'opérateur vient de faire une saignée blanche ; il doit, avant de se décider à pratiquer une seconde incision sur la peau, recourir aux principes suivans :

1° Le chirurgien s'assurera si la solution de continuité des tégumens est placée sur la veine qu'il voulait ouvrir ; dans ce cas, il dira au malade, pour le tranquilliser, qu'un morceau de graisse empêche le sang de couler, et il reportera sans déplacer la peau, son instrument dans la solution de continuité. Je n'ai pas besoin de dire que la lancette pénétrant plus profondément, ouvrira le vaisseau ; ainsi, l'on évitera aux yeux des gens du monde le désagrément d'une double piqûre.

2° Dans le cas où la plaie pratiquée sur les tégumens ne correspondrait pas au vaisseau, on la déplacerait, on tâcherait de la ramener sur la veine, et l'on se comporterait comme nous venons de le dire : ce moyen m'a souvent réussi.

On a dit que quand le vaisseau était volumineux, saillant, il fallait l'ouvrir en portant la lancette presque horizontalement sur lui ; ce précepte est mauvais, car les tissus qui recouvrent le vaisseau seront ainsi divisés dans une plus grande étendue ; de là nécessairement plus de facilité pour rencontrer les filets nerveux, de là nécessairement plus de douleur. La ponction doit toujours être faite perpendiculairement.

Il arrive quelquefois qu'en assujétissant le vaisseau avec le pouce pour l'empêcher de rouler, il se vide presque complétement dans le point où il va être ouvert. Pour éviter cet inconvénient, on comprime en même temps avec le doigt indicateur de la même main, au-dessus de ce point.

Une saignée générale est indispensable ; cependant il est impossible de voir ou de sentir les veines du pied, de la jambe, du poignet, de l'avant-bras et du bras ; on renonce alors à la phlébotomie, malgré tous ses avantages. On sait qu'elle ne peut pas toujours être remplacée par l'artériotomie ou par la saignée locale ; mais la veine céphalique rampe constamment sur l'interstice formée par les muscles deltoïde et grand pectoral ; ne pourrait-on pas la mettre à découvert et l'ouvrir ? L'opération est très-facile ; il suffit de pratiquer une incision d'environ un pouce de longueur parallèlement à l'axe de l'humérus et à un travers de doigt en dedans du sommet de l'apophyse coracoïde : après avoir divisé la peau et le tissu cellulaire, on aperçoit le vaisseau.

M. Lisfranc se livre à beaucoup d'autres considérations moins importantes sur le saignée du bras, qu'il manœuvre même devant ses élèves : nous avons cru ne devoir insérer ici que les points les plus saillans des trois belles et chaleureuses leçons qu'a faites le chirurgien de la Pitié sur la phlébotomie.

ÉCOLE PRATIQUE.

Cours public d'ophthalmologie de M. Rognetta.

(Troisième leçon.) — *Strabisme.*

§ 1er. *Généralités.* Le mot strabisme (*strabositas, luscitas,* vue louche, *distortio oculorum*, yeux de travers, *visus obliquus, obliquè intuendi, obliquo visu laborans*), indique une défectuosité fonctionnelle de l'œil, qui consiste dans un manque de parallélisme des axes visuels pendant le regard. Par axe visuel, on doit entendre ici une ligne qui, partant du centre de la cornée, passe par le milieu du cristallin et aboutit sans déviation au centre de la rétine.

Si l'on prolonge les deux axes visuels en avant vers un point très-éloigné, comme par exemple, vers le bout d'une très-longue allée cotoyée par des arbres, ils convergent évidemment entre eux : ce qui le prouve, c'est que les deux côtés de l'allée semblent se rapprocher réciproquement, au point de se toucher presque vers leur extrémité lointaine.

On conçoit la raison de ce phénomène lorsqu'on se rappelle que les deux pupilles convergent naturellement en avant. Effectivement, ces ouvertures, comme on sait, ne sont pas sculptées dans le centre de l'iris, mais bien un peu en dedans vers le nez.

Lorsque cependant la vision s'exerce aux distances ordinaires du regard normal, la convergence des deux axes qu'on dirige sur le même objet est si peu apparente qu'on peut les considérer comme parallèles entre eux ; c'est dans ce dernier sens que doit s'entendre le mot parallélisme, que nous venons de poser dans la définition du strabisme. Je dis aux distances ordinaires, car si l'objet est très-rapproché, il y a convergence forcée, comme quand on regarde une tache sur le bout du nez, par exemple.

Ajoutons néanmoins qu'en se prolongeant, les deux axes visuels se trouvent sur le même horizon ou sur le même plan horizontal, pendant le regard normal. Or, si par une cause quelconque ils se dévient de ce niveau, de manière que l'un se dirige en haut, l'autre en bas, il y aura rupture de leur nivellement et de leur parallélisme à la fois. De là suit :

1° Qu'il y a strabisme lorsque l'axe visuel est dévié de sa direction normale, soit horizontalement, soit verticalement, soit dans l'un et l'autre sens à la fois.

2° Que cette rupture du parallélisme axuel peut dépendre d'un seul œil ou bien de tous les deux à la fois (Gendron). On voit effectivement dans quelques cas rares de strabisme divergent, avec ou sans amaurose, les deux globes oculaires tournés en dehors. Dans le strabisme temporaire par convulsion oculaire, comme chez certains aveugles de naissance, on observe aussi le même phénomène. En général, cependant, ainsi que Buffon l'a fait remarquer, le strabisme permanent n'existe que d'un côté.

Le mot strabisme a été tiré des deux racines grecques, *strabos*, oblique, et *ops* vision; d'où le verbe *strabizin*, obliquè intueri. Le strabisme, du reste, se rencontre à tout âge, dans tous les sexes et dans toutes les classes de la société. En général pourtant, on le voit plus fréquemment chez les enfans ; cela s'explique par la petitesse de la sphère visuelle; le champ de la vision étant fort étroit en bas-âge, les enfans sont obligés de beaucoup approcher les objets pour bien voir, ils ne voient le plus souvent qu'avec un œil; aussi l'autre a-t-il une grande tendance à se tourner en dedans.

§ 2. *Variétés.* 1° Considéré sous le rapport de son intensité, le strabisme présente trois degrés qu'on peut mesurer d'après l'angle d'inclinaison de la ligne axuelle de l'œil dévié. Buffon réglait cette mesure sur la quantité de différence de la force visuelle des deux rétines; ainsi, par exemple, une différence de trois dixièmes dans la force des yeux, constituait pour lui le premier degré du strabisme. Bien qu'une pareille inégalité existe réellement dans plusieurs cas de strabisme, néanmoins les yeux peuvent être amaurotiques et se dévier de leur axe en même temps ; de sorte que la mensuration de Buffon n'est pas applicable dans tous les cas.

Dans le premier degré, l'angle d'inclinaison axuelle de l'œil louche est à peine prononcé. C'est ce qu'on pourrait appeler *trait oblique de la vue*. Buffon a donné le nom de *faux trait de la vue* à une variété particulière de strabisme, qui se manifeste lorsqu'on veut regarder de très-près. Dans le regard lointain, les axes sont normalement dirigés ; mais à mesure que l'objet se rapproche, les yeux n'ont pas la force de converger convenablement, ils restent parallèles ; aussi ces personnes à faux trait visuel ont-elles l'air de regarder vers des objets lointains, alors qu'elles parlent à des individus placés devant elles, ce qui est fort désagréable. Le faux trait de la vue de Buffon consiste donc évidemment dans un égal degré de faiblesse des muscles adducteurs. Boyer a aussi décrit sous le nom de strabisme incomplet une faiblesse musculaire unilatérale. Un homme présentait le regard normal lorsqu'il visait un objet placé devant lui ; mais s'il regardait à gauche, la cornée de l'œil droit restait au milieu de l'orbite, tandis que celle du gauche se dirigeait seule vers le petit angle de l'œil, et le malade voyait double. Ce strabisme dépendait d'une faiblesse du muscle adducteur. Nous citerons plus loin des cas analogues.

Dans le second degré, l'inclinaison de la cornée est très-manifeste. Tant que la déviation n'est pas portée au point de cacher la moitié de la cornée dans l'orbite ou sous les paupières, et de couvrir par conséquent la pupille, on peut dire que le strabisme est au second degré. Cette variété est la plus fréquente.

Le troisième degré enfin est caractérisé par la cécité momentanée, par l'immersion répétée de la cornée et de la pupille dans la fosse orbitaire. Wardrop, qui a le premier décrit cette variété de strabisme, parle d'une personne borgne dont l'œil sain se tournait tellement en dedans, que la cornée entière en était cachée par momens. Pour voir, cette personne était obligée de porter le bout du doigt indicateur vers la caroncule lacrymale, et de presser fortement pour empêcher mécaniquement l'œil de se tourner en dedans. J'ai vu souvent le strabisme au troisième degré chez des aveugles de naissance.

2° Examiné sous le rapport de la direction axuelle, le strabisme est convergent ou interne ; divergent ou externe : ascendant ou supérieur (sursùm versio oculorum) ; descendant ou inférieur.

La première de ces variétés est sans contredit la plus fréquente. Cela tient probablement à l'excentricité nasale de la pupille, à l'obliquité naturelle des yeux dans le même sens, et à la force des muscles adducteurs, qui est, en général, supérieure à celle des abducteurs : il est plus facile d'exagérer une disposition naturelle que d'en prendre une contraire. Les deux dernières variétés ont été niées par des auteurs respectables. (Buffon, Boyer, Wardrop.) Cela m'étonne d'autant plus qu'on peut trouver dans leurs propres ouvrages des exemples de ces variétés de strabisme. Ainsi Boyer cite un fait de Morgagni concernant un prêtre qui voyait double les lettres d'un livre lorsqu'il baissait les yeux pour lire ; il voyait normalement, au contraire, si le livre était placé en face et à la hauteur des orbites. Ce phénomène dépendait d'une faiblesse du muscle abaisseur de l'œil droit. (Morgagni.) N'est-ce pas là un exemple de strabisme ascendant ? Il existe une foule de cas analogues.

Je connais un savant chimiste d'une laideur sans

pareille, offrant un strabisme sursùm vertens très prononcé, et qui lui donne l'air d'un crocodile qui vous regarde du fond d'une rivière. Le strabisme descendant est le plus rare de tous. En général, les strabismes verticaux s'observent rarement, parce que ces mouvemens des yeux sont exécutés par des muscles analogues ou congénères, tandis que les mouvemens latéraux tiennent à des muscles dissemblables, c'est-à-dire adducteur d'un côté, abducteur de l'autre, etc.

Il y a enfin une sorte de strabisme qu'on pourrait appeler vague chez certains amblyopiques de naissance, à cause de l'agitation singulière de leurs yeux. Ces organes se dirigent tantôt l'un en haut et en dedans, par exemple; l'autre en bas et en dehors ou dans un autre sens désharmonique; tantôt l'un d'eux, ou bien tous les deux exécutent une sorte de mouvement semi-circulaire, comme le disque du balancier d'une pendule. Cet état est toujours combiné à un clignotement continuel assez fatigant à voir.

3° Sous le point de vue de son origine, le strabisme est congénital ou accidentel. Le premier peut être héréditaire quelquefois. Il y a des familles dans lesquelles la vision louche se perpétue pour ainsi dire, soit par défaut d'organisation primitive, soit par imitation.

Cette variété est souvent combinée à la myopie.

4° Enfin, sous le rapport de sa gravité, le strabisme est simple ou bien compliqué de myopie, d'amblyopie ou d'amaurose, de taches de la cornée, de paralysie musculaire et de diplopie. Cette dernière complication n'existe que dans le strabisme aigu dépendant de paralysie ou de faiblesse musculaire.

§ 3. *Etiologie.* On peut ranger sous quatre chefs les causes du strabisme.

1° Inégalité congénitale ou accidentelle de la force des deux rétines. Il est de fait que l'œil louche est ordinairement plus faible que l'autre. En faisant regarder successivement un objet avec chaque œil, on l'apercevra moins nettement de l'œil louche que de l'autre. Cette remarque, qui a été faite par Buffon la première fois, a été considérée par cet observateur comme la cause unique du strabisme. Ce qui semble appuyer l'opinion de Buffon, c'est qu'en fortifiant l'œil louche on guérit le strabisme; c'est en outre la possibilité de faire passer le strabisme d'un œil à l'autre, en affaiblissant beaucoup l'œil sain, moyennant un bandeau porté pendant longtemps.

Bien que ce fait soit très-vrai, en général, l'explication peut en être fausse; car, d'un côté, nous voyons souvent un œil très-sain se dévier par faiblesse musculaire, et ne devenir amblyopique que consécutivement par le manque d'exercice; c'est ce qui a toujours lieu dans le strabisme qui débute par la diplopie. Dans ce cas, Buffon prenait l'effet pour la cause.

D'un autre côté, l'amblyopie unilatérale n'est pas toujours accompagnée de strabisme. (Wardrop.) Il est vrai que d'après Buffon, cette inégalité de la force visuelle ne doit pas dépasser de beaucoup les trois dixièmes pour qu'il y ait strabisme, car si la différence de force est considérable, dit Buffon, la vue s'exerce nettement avec l'œil sain, et la déviation de l'œil faible n'a point lieu. (Boyer.)

Cette doctrine ne me paraît pas exacte; car nous voyons souvent les yeux amaurotiques se dévier de leur direction normale comme dans le strabisme ordinaire. On voit bien par les considérations qui précèdent que je n'attaque que l'explication et l'application trop générale qu'on a voulu faire de cette observation importante sur le strabisme.

2° Inégalité ou désharmonie de la force des muscles de l'œil. La paralysie de la paupière supérieure est toujours accompagnée de strabisme divergent, parce que les muscles droits, supérieur, inférieur, interne, petit-oblique, qui reçoivent les nerfs du même tronc que le releveur palpébral (troisième paire), sont constamment paralysés en même temps; le muscle droit externe, qui est animé par la sixième paire, tire alors le globe en dehors; de là diplopie et strabisme divergent.

Dans les convulsions, dans la colère, durant l'ivrognerie, etc., la vision devient souvent momentanément louche et diplopique par la réaction encéphalique qui retentit sur les nerfs des muscles moteurs de l'œil.

La dentition, les vers intestinaux, l'embarras gastrique, le chagrin, les veilles trop prolongées, l'abus des plaisirs vénériens et de la table, l'hydrocéphale, l'apoplexie, etc., produisent quelquefois par le même mécanisme une sorte de strabisme périodique ou permanent, ou bien augmentent l'obliquité préexistante dans le regard. Il en est à peu près de même du rhumatisme articulaire des yeux et de quelques blessures intra-orbitaires qui occasionnent la vue louche.

3° Déviation mécanique de l'axe visuel. Les orbitocèles, les taches centrales de la cornée, la cataracte commençante, la cataracte congénitale, la pupille artificielle, produisent souvent le strabisme par les efforts continuels que la pupille est obligée de faire pour recevoir la lumière dans telle ou telle direction vicieuse. On a vu, et j'ai observé moi-même, à la suite de taches centrales de la cornée, la pupille se déplacer par ses efforts naturels, et se rapprocher petit à petit de l'endroit diaphane de la cornée. L'iris peut donc être, sous ce rapport, comparé aux fleurs de certaines plantes tournesol qui se tournent toujours du côté du soleil.

4° Habitude vicieuse et imitation. Les yeux tournés pendant un certain temps dans une direction oblique, finissent par devenir louches. Une jeune femme traitée pour une coxalgie dans une chambre éclairée par une petite fenêtre, portait continuellement les yeux vers l'endroit de la lumière qui lui arrivait latéralement: elle finit par loucher. On changea la position du lit, on obligea la malade à diriger ses yeux dans un sens opposé et le strabisme se dissipa. (Wardrop.)

Les enfans que les nourrices couchent à côté d'une fenêtre ou de corps très-brillans, comme une glace, une pendule, etc., deviennent facilement louchers par le même mécanisme. Il en est de même de quelques écoliers ou écolières qui s'amusent à tourner souvent et

forcément les yeux en dedans en regardant la pointe de leur nez. Il est prouvé enfin que quelques enfans contractent le strabisme par simple imitation de leurs frères et sœurs, de leurs camarades ou amis de pension. Je connais moi-même plusieurs exemples de ce cas.

En résumé, les causes du strabisme sont ou inhérentes à l'œil lui-même, comme celles de la première et quatrième catégories ; ou bien extrà-oculaires. Ces derniers peuvent être intrà-orbitaires, intrà-crâniennes ou bien abdominales.

On prévoit déjà par ces précédens, que la thérapeutique du strabisme doit offrir un plus grand nombre d'indications que les auteurs ne signalent généralement pas, et que plusieurs de ces indications sont malheureusement souvent au-dessus des ressources de l'art.

110. — 15 Sept.

HOPITAL D'INSTRUCTION D'ALGER.

M. Baudens, professeur.

Amputation dans le quart inférieur de l'avant-bras, d'après ma méthode mixte; trois points de suture; réunion linéaire; guérison parfaite en 12 jours.

Ali-Ben-Mohamed, de la tribu des Douares, combattait au Sig sous nos drapeaux, contre l'émir Abdel-Kader, quand son fusil vint à éclater, et lui enleva la main gauche. Il ne restait que quelques os du carpe et du métacarpe, brisés en éclats et conservés au milieu de tissus tendineux et cutanés, noircis par la poudre, dilacérés et d'un aspect hideux.

Le défaut de tégumens m'obligea d'amputer dans le quart inférieur de l'avant-bras, au lieu de faire choix de l'articulation radio-carpienne pour lieu d'élection.

Quinze minutes s'étaient à peine écoulées depuis le moment de l'accident, que l'appareil à amputation était déjà disposé; et que cet Arabe, assis sur une cantine, attendait l'opération avec cette résignation fanatique du mahométan; je la pratiquai immédiatement, sur le champ de bataille et sous le feu de l'ennemi.

Dans le premier temps opératoire, je divisai circulairement et à un pouce au-dessous de l'articulation radio-carpienne les tégumens, qui furent disséqués et relevés en forme de manchettes, à dix-huit lignes au-dessus de celle-ci.

Dans le deuxième temps, les muscles fléchisseurs, puis les extenseurs, furent divisés de dedans en dehors, et séparés à la hauteur d'un pouce d'avec les surfaces antérieure et postérieure du ligament inter-osseux, pour former deux lambeaux charnus.

Dans le troisième temps, le couteau décrivit le 8 de chiffre pour contourner les os et former un sillon à la scie, qui agit d'abord sur le radius, puis sur celui-ci et le cubitus, et enfin sur le radius.

J'obtins de la sorte un cône rentrant à sommet osseux, à base tégumentaire et à corps ou partie moyenne charnue.

Les artères radiale et cubitale furent liées; un bandage roulé, légèrement contentif, fut appliqué sur le membre, en ayant soin de bien ramener les parties molles vers le moignon. Les lèvres de la plaie furent affrontées en travers, et fixées par trois points de suture dont le fil comprenait quinze lignes de longueur de tissus cutanés, et en même temps une partie des muscles.

Le pansement, fait comme de coutume, fut humecté d'eau froide pendant quatre jours. Le malade fit route à pied; arrivé au bivouac, je lui offris une place sous la tente; mais il refusa, préférant passer la nuit au café maure qui accompagnait l'expédition. Je ne revis cet amputé que dix jours plus tard, à Moustaganem, où il vint se faire panser. Je coupai les points de suture, qui seuls laissaient suinter un peu de suppuration. Les extrémités osseuses radiale et cubitale étaient tapissées par une masse charnue provenant des lambeaux musculaires précités, et formant un coussinet que couronnait une cicatrice ferme, transverse et linéaire.

Amputation partielle du corps de la mâchoire inférieure; guérison parfaite.

F..., soldat au 13e de ligne, âgé de 23 ans, et de bonne constitution, reçut, dans l'Atlas, le 1er avril 1836, une balle qui, entrée dans la commissure des lèvres du côté gauche, avait sa sortie à la partie médiane et latérale droite du col.

L'examen de la blessure, à l'aide du doigt, me fit reconnaître une fracture comminutive avec perte de substance dans l'étendue de trois pouces du corps de la mâchoire inférieure dont les bouts fracturés étaient très-anguleux. Le tissu de la langue traversé par le plomb, était parsemé d'esquilles que j'enlevai avec soin.

Afin de rendre la plaie simple de compliquée qu'elle était, de retirer tous les corps étrangers, et de réséquer les fragmens dénudés et aigus de la fracture pour éviter les lenteurs interminables de l'exfoliation, je plaçai la lame de mon bistouri dans l'angle de la commissure gauche des lèvres que des aides maintenaient tendues, afin d'en faciliter la division : je fis celle-ci en suivant une ligne dirigée obliquement en arrière et en bas, à un demi-pouce au-dessous du corps de la mâchoire et près de l'attache du muscle masséter.

Saisissant moi-même de la main gauche les deux lambeaux, je les détachai complétement de la face antérieure du corps de l'os, et je portai la scie sur l'un et l'autre fragment, d'abord près de la symphyse du menton, puis immédiatement en dehors des attaches du masséter. Je repris le bistouri pour diviser les parties molles qui se fixent à la face interne de ces portions osseuses, et leur séparation se trouva dès lors complétement terminée.

Je tordis l'artère faciale, réunis les parties molles par 4 points de suture, et soutins les bouts de la mâchoire amputée par un bandage convenable. J'eus soin de bien affronter l'angle de la commissure, pour ne laisser au-

cune difformité, et de conserver dans le point le plus déclive de la plaie un hiatus pour l'écoulement du pus et des humidités.

Deux saignées générales furent faites dans les premiers jours pour prévenir une trop forte réaction inflammatoire et ses irradiations sur l'encéphale. Le malade a marché vers une guérison rapide et sans aucun accident. Au bout de six semaines, il est sorti de l'hôpital guéri, et commençant à broyer des alimens solides.

Amputation de toute la branche gauche ascendante de la mâchoire inférieure; guérison.

P..., soldat au 13e régiment de ligne, 24 ans, de bonne constitution, reçut de très-près une balle qui, entrée au milieu de la joue gauche, était sortie à côté de l'apophyse épineuse de la septième vertèbre cervicale.

La branche ascendante de la mâchoire inférieure était brisée en esquilles nombreuses, dont plusieurs avaient été entraînées dans le long trajet parcouru par le projectile.

Pour remédier aux désordres, simplifier la plaie et prévenir les accidens, je portai mon bistouri à 4 lignes au-dessous de l'articulation temporo-maxillaire, et je fis tomber une incision profonde jusqu'à l'os, dirigée un peu obliquement en avant et en bas, afin de la terminer entre les fibres antérieures du muscle masséter, à six lignes au-dessous du rebord de la mâchoire.

Cette division, commencée immédiatement au-dessous du nerf de la septième paire, me permit de le conserver intacte et de voir la glande parotide divisée verticalement dans sa partie moyenne. Toutes les esquilles furent extraites; la mâchoire fut sciée entre les deux dernières grosses dents molaires pour enlever un angle osseux inégalement fracturé et dont l'extraction fut achevée par la section partielle du muscle ptérygoïdien interne.

Ayant reconnu que l'apophyse coronoïde était brisée et séparée du condyle de la mâchoire, j'eus soin de porter préalablement la pulpe de l'indicateur dans l'angle supérieur de la plaie, et de refouler en haut et en dehors les parties molles, afin de ménager le nerf de la septième paire, l'artère carotide externe et ses divisions, et je procédai aussitôt à la désarticulation, en coupant successivement les attaches des muscles buccinateur, temporal, ptérygoïdien externe et les ligamens articulaires. Je m'attachai à respecter le nerf lingual de la cinquième paire. Deux artérioles, probablement la massétérine et l'artère transversale de la face, fournirent une hémorrhagie que la torsion arrêta.

La plaie fut réunie par quatre points de suture entortillée, afin d'en affronter les lèvres avec exactitude et de prévenir la fistule à laquelle la division de la glande parotide aurait pu donner lieu.

Je procédai ensuite au pansement, en ayant soin de contenir par des compresses graduées le bout de la mâchoire amputée.

Deux saignées générales furent faites dans les premières 48 heures, et le premier appareil ne fut levé qu'à Alger, huit jours plus tard. La réunion étant parfaite, j'ôtai les aiguilles en conservant les fils.

Plus tard, il se forma un abcès derrière l'oreille; je l'ouvris et retira une esquille, et je rétablis le trajet du projectile vers la septième vertèbre cervicale en y introduisant une mèche à séton, afin de donner un écoulement facile au pus. La mèche fut supprimée après quinze jours; les plaies se fermèrent; la mâchoire finit par se consolider si bien, qu'un mois après l'opération, le malade, d'ailleurs d'un appétit très-prononcé, mangeait des alimens solides. Six semaines après sa blessure, ce militaire s'en alla dans ses foyers complétement guéri.

N° 111. — 17 Sept.

HOPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX.

Clinique de M. Moulinié, chirurgien en chef.

Extirpation, sans manifestation de douleur, d'un cancer fibreux sus-mammaire.

Le volume excessif des seins est une disposition propre à quelques individus d'un embonpoint prononcé; et lorsque les femmes ne sont pas fatiguées par leur poids, qu'elles n'éprouvent ni tiraillement ni douleur, et que le toucher ne fait pas découvrir de densité insolite, on ne peut admettre aucun état maladif; il en est autrement dans les conditions opposées.

Une fille de vingt-trois ans, emblême de la santé, nommée Marie Biran, servante, habitante de Mouségur, entre à l'hôpital le 8 août, salle 2, n° 27; elle offre à l'examen clinique, des mamelles très-grosses : la droite est la plus volumineuse et la plus pendante; la gauche se maintient à peu près dans sa situation normale.

Marie Biran avait aperçu dès l'âge de huit ans une induration dans l'épaisseur du sein droit, et toujours cette disposition est allée croissant, jusqu'à ce qu'une tumeur de plus en plus considérable se soit caractérisée. Cette jeune personne, tourmentée sans cesse par la pesanteur et des tiraillemens douloureux, s'est déterminée à venir à l'hôpital pour obtenir les secours que réclame sa maladie.

M. Moulinié cherchant à établir le diagnostic, a reconnu que la tumeur était située au-dessus de la glande mammaire et en était indépendante; il a pensé qu'elle pouvait consister dans l'une des variétés des affections cancéreuses. Mais, faisant la part que pourrait avoir la croyance à une simple hypertrophie, il a cru devoir user d'une sage expectation : il a observé l'analogie qui régnait, par rapport aux symptômes, entre cette affection et les engorgemens morbides des glandes prolifiques, par le fait de leur poids et de leur prolapsus. Aussi a-t-il conseillé la suspension du sein, qui soulageait beaucoup la malade.

C'en était trop, sans doute, que d'avoir, à un si bel âge de la vie, une grave altération sur un organe des-

tiné par la nature à être le siége de l'un des principaux attributs du sexe féminin. Il fallait encore que le sein opposé fût menacé du même mal; une induration déjà s'y remarquait et faisait craindre de futurs progrès. Heureusement la malade n'a pas encore dirigé sa pensée de ce côté, le côté droit l'absorbant tout entière.

Il était conforme aux principes suivis dans la pratique chirurgicale de l'hôpital, d'observer suffisamment la malade, de juger de la valeur des moyens généraux, de méditer sur le meilleur parti à prendre, avant que d'exécuter une extirpation qui, au premier coup-d'œil, paraissait indiquée. C'est ce qui a été fait pendant vingt-deux jours. Cependant la malade attendait avec une vive sollicitude l'application de ce dernier moyen, qui était le motif pour lequel elle était venue à l'hôpital; c'était aussi la seule ressource sur laquelle on pût fonder des espérances.

M. Moulinié a pratiqué cette opération le 30 août. Une incision de six pouces de longueur a été faite sur le sein au-dessus du mamelon; elle a été obliquement dirigée de haut en bas et de dehors en dedans; la tumeur, accrochée avec une érigne, a été attirée en avant et disséquée à grands traits. Dans l'espace de trois minutes, l'extirpation était terminée.

Cette masse morbide a été immédiatement pesée: son poids était de onze onces; ses dimensions de cinq pouces de longueur, quatre de largeur, trois d'épaisseur. Son tissu était d'une blancheur nacrée, d'une consistance très-dure, analogue à celle des corps fibreux qu'on rencontre dans l'utérus; il était formé de l'amas de plusieurs masses concentriques conglobées, dont les unes paraissaient renfermées dans les autres, comme si elles y eussent été enkystées.

Il est impossible de voir une plaie plus nette que celle qui résultait de cette opération; la dissection était facile, car le tissu cellulaire était fort lâche. Du sang avait jailli, mais deux artérioles liées, il cessa de couler; la peau distendue par la tumeur s'était, après son ablation, un peu rétractée, ce qui faisait que la plaie était devenue moins grande. La glande mammaire, vue par la face profonde, avait été reconnue saine et intacte. Trois points de suture ayant été pratiqués, et des bandelettes appliquées, la réunion était tout à fait régulière; on n'apercevait qu'une ligne qui marquait le trajet qu'avait parcouru le bistouri; on eût dit qu'on n'avait rien ôté au sein.

Toutes ces choses n'ont rien que de bien ordinaire; mais ce qui ne l'est pas, et ce qui est une preuve d'une force morale peu commune, c'est la contenance étonnante de la malade. Opérée en face de nombreux assistans, elle se place sur le siége élevé destiné à certaines opérations; elle détourne et incline sa tête à gauche, et met à découvert le sein droit; résignée à souffrir, elle est impassible, sa figure n'exprime la moindre sensation; on n'aperçoit aucun changement ni dans la forme des traits ni dans leur coloration; aucun cri, aucune parole, aucun soupir, n'émanent de cette fille: on eût dit qu'on agissait sur un corps inanimé. Lorsque le pansement a été terminé, elle a dit à M. Moulinié, en le saluant d'un sourire de reconnaissance: « Monsieur, je vous remercie; » puis elle s'est relevée et s'est acheminée vers son lit.

A quoi faut-il attribuer cette insensibilité apparente? Dans ce cas, on n'a pas usé de l'influence du magnétisme, et il n'y avait, ni parmi les acteurs, ni parmi les spectateurs de l'opération, personne d'assez bon croyant pour penser qu'une influence animale émanée de l'un des assistans, pût annihiler la propriété inhérente au principe nerveux, comme dans le cas fameux d'extirpation du sein, exécutée par M. Jules Cloquet.

La malade n'était pas non plus une de ces filles dévotes, que l'extase transporte dans des régions éthérées, et qui, élevant leur ame vers la Divinité, semblent oublier qu'elles ont un corps, comme cette malade opérée dernièrement d'un cancer au sein dont a parlé le Mémorial Bordelais, qui chanta, pendant l'opération, une hymne à Sainte-Thérèse, sa patrone. Il est raisonnable d'attribuer à toute autre cause le stoïcisme dont notre jeune malade a donné l'étonnant exemple. C'est la force morale qu'avant tout il faut reconnaître; car ce que de profonds sentimens religieux, ce que le fanatisme, ce que diverses passions, ce que des influences nerveuses quelconques peuvent produire, tout cela peut également résulter d'un courage profane, d'une froide et inébranlable volonté, et alors c'est vraiment admirable.

(*Bull. méd. de Bord.*)

N° 112.— 20 Sept.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M Andral.

Leçons sur les maladies des centres nerveux; recueillies par M. Malherbe.

(Suite du numéro 108.)

Des convulsions.

Symptômes, siége, durée, etc. Les symptômes des convulsions ne sont que le désordre des mouvemens, tel que nous l'avons décrit en définissant la maladie; il suffit donc, pour les connaître, de se reporter à cette définition. Toutefois, on peut ajouter que la névrose que nous étudions, est susceptible d'apparaître au milieu d'une santé parfaite ou dans le cours d'une affection quelconque, qu'elle peut varier par sa nature, son siége, son étendue et son intensité. Dans l'épilepsie, le mouvement est toujours le même; il n'en est pas ainsi dans les convulsions où les mouvemens n'ont en général rien de fixe. Quant à leur siége, leur étendue et leur intensité, on comprend qu'il y ait des variétés. Les convulsions peuvent être partielles ou générales, occuper les yeux, la langue, la face, envahir le tronc et les membres.

Chez les enfans elles portent plus souvent sur la face, puis sur les membres supérieurs d'abord, et ensuite sur les inférieurs.

Quand elles sont partielles, il est possible qu'elles reviennent toujours dans le même point, du même côté, ou que quelquefois elles alternent de l'un à l'autre. Elles peuvent s'accompagner ou non de perte de connaissance; le pouls peut n'offrir que peu de signes d'altération; la déglutition être gênée, même impossible ou demeurer libre et intacte; la respiration être difficile, embarrassée, interrompue : et il est évident qu'alors les muscles inspirateurs et expirateurs sont atteints, et leur action enchaînée, paralysée. Les sécrétions sont aussi troublées; elles se suppriment dans des cas pour devenir ensuite très-abondantes.

Les convulsions violentes sont capables de déterminer dans les muscles des douleurs très-vives résultant de leur contraction violente et brusque, de donner lieu à des ecchymoses, à des ruptures de faisceaux musculaires, de tendons, à la séparation des épiphyses d'avec le reste de l'os chez les enfans, à des luxations, des déviations des os, à leur courbure, accidens dus au rôle que jouent les muscles dans ces circonstances.

La durée de cette névrose est quelquefois de quelques minutes seulement et même moins; d'autres fois elle est de plusieurs heures, et il se peut que dans ce dernier cas les accès se répètent à des intervalles plus ou moins rapprochés. Lorsque les convulsions ont cessé, la santé est ordinairement parfaite.

Cette maladie est très-sujette à récidive : elle reparaît souvent, surtout lorsque les causes sont peu appréciables ou inconnues. A mesure que l'enfant avance en âge, s'il est assez heureux pour qu'elle n'ait pas modifié d'une manière fâcheuse son système nerveux, il la voit s'éteindre et lui permettre des jours plus paisibles. Toutefois le pronostic est toujours grave en général, car entre autres altérations qui peuvent s'en suivre, celles du cerveau sont à redouter.

La mort peut arriver au milieu des convulsions de trois manières :

1° Par la perturbation violente des fonctions cérébrales;

2° Par asphyxie, les organes de la respiration ne fonctionnant plus;

3° Enfin par la cessation de l'action des battemens du cœur sur lequel le cerveau fait retentir ses troubles et provoque une syncope fatale.

Traitement. Connaître les causes de la maladie, c'est déjà connaître aussi à quels moyens on doit recourir pour la combattre et la détruire; car le rapport entre ceux-ci et celles-là est assez intime. Les convulsions sont-elles l'effet d'un état pléthorique, inflammatoire? Les émissions sanguines méritent la plus grande confiance. La maladie tient-elle à une dentition difficile? les gencives sont-elles rouges, gonflées, douloureuses, en les dégorgeant par quelques sangsues, on aura encore rempli une bonne indication. Mais le sujet affecté est-il au contraire anémique, son sang est-il pauvre? Pour lors, il faut bien se garder de prescrire la saignée; des révulsifs, une bonne alimentation, des excitans propres à déranger le mode de trouble du cerveau, à produire une excitation différente, voilà ce qu'il convient de mettre en usage.

De simples boissons aqueuses, délayantes suffisent souvent pour faire cesser les convulsions. Un salutaire effet a suivi l'introduction de l'eau par une veine dans le sang chez certains individus.

Les convulsions qui dépendent d'une douleur très-vive dans un point quelconque, réclament que l'on fasse cesser, que l'on étouffe cette douleur, et c'est par l'emploi des calmans, des narcotiques soit à l'intérieur, soit à l'extérieur, qu'on y parviendra. Si la douleur est occasionnée par la présence d'un corps étranger, ou qui en fait les fonctions, le meilleur moyen de la faire disparaître est d'enlever ce corps toutes les fois que cela est possible.

Pour prévenir le retour des accès, les indications varient aussi : c'est ainsi que chez des enfans faibles, anémiques, il faut tâcher de les fortifier, de constituer pour ainsi dire chez eux, un nouveau tempérament à l'aide de substances alimentaires toniques, nutritives. Les personnes qui ont perdu beaucoup de sang exigent encore les mêmes moyens : c'est à réparer les pertes qu'elles ont faites que doit tendre la médication. On a préconisé contre les convulsions et leurs retours des spécifiques plus ou moins dignes de confiance, comme le sous-nitrate de bismuth, l'oxyde de zinc, le camphre, l'assa-fœtida, etc. Les antispasmodiques ne sauraient être applicables à tous les cas. Les laxatifs, les révulsifs sur l'intestin ont leur avantage : ainsi quand il y a constipation, la manne, le sirop de chicorée chez les enfans sont utiles.

Quant aux moyens que l'on peut diriger sur les tégumens, ils sont de trois sortes. Veut-on tempérer la chaleur de la peau? c'est par les bains frais, par des fomentations de même nature qu'on y arrive. S'agit-il au contraire de l'y rappeler, de l'augmenter? c'est à l'aide de bains chauds, de frictions sèches, aromatiques; c'est par l'application de corps d'une température plus ou moins élevée, selon que les cas l'exigent; par celle de vessies pleines d'eau chaude, par exemple, qu'on y parviendra. La peau demande-t-elle enfin à être excitée, irritée? Les sinapismes, les vésicatoires, et en un mot les révulsifs, les stimulans viendront à propos.

N° 113. — 22 Sept.

HOTEL-DIEU.

Fragmens de quelques leçons de Dupuytren sur les lésions traumatiques du cœur.

Les cliniques chirurgicales de l'Hôtel-Dieu et de la Charité, autrefois si fécondes en instruction positive, sous la direction de Dupuytren et de Boyer, n'offrent guère maintenant que des détails nécropsiques dont nos colonnes ont trop souvent regorgé. Qu'on ne soit donc pas étonné de nous voir recourir de temps en temps aux leçons des grands maîtres pour rappeler les vrais principes de l'art.

Le cœur peut être lésé traumatiquement de différentes manières; il peut être comprimé, contusionné, dé-

placé, déchiré, écrasé, piqué et perforé par des armes de nature différente.

Compression permanente et contusion. Depuis longtemps déjà J.-L. Petit avait fait observer que les fractures du sternum mal réunies, laissaient quelquefois après elles une palpitation fort incommode du cœur, par suite de la compression et de la gêne que cet organe éprouvait de la présence du fragment déplacé. La personne chez laquelle Petit avait fait cette remarque, avait en même temps un crachement de sang par suite du même accident. Dupuytren, qui avait fait une étude approfondie sur les blessures du cœur, trouvait fort exacte l'observation de Petit; il assurait avoir vérifié lui-même plusieurs fois le fait. Il ajoutait néanmoins avoir vu les palpitations se dissiper à la longue, sous l'influence d'un traitement affaiblissant ou bien par les seules forces de la nature. On conçoit la possibilité de ce dernier phénomène lorsqu'on se rappelle que les fragmens osseux introduits et pressés dans la poitrine, cessent à la longue de blesser les organes thoraciques, par l'espèce d'émoussement qu'ils éprouvent par les impulsions répétées des organes, avec lesquels ils se trouvent en contact.

La compression du cœur peut être aussi produite par un épanchement de sang dans le péricarde, ce qui peut causer la mort sur-le-champ (Scarpa), ou bien par un corps fériteur venant de l'extérieur, qui se serait arrêté dans ses environs. Voici un exemple remarquable de ce cas que Dupuytren racontait dans ses cours.

—Un officier était atteint de manie-suicide; il essaya de réaliser son idée dominante en s'enfonçant profondément dans la région du cœur deux longues épingles à friser. Des accidens thoraciques se déclarèrent aussitôt; on les combattit par quelques remèdes sans en comprendre pourtant la nature, car le malade gardait le silence sur la cause de ses souffrances.

Les épingles avaient été enfoncées si profondément, qu'on ne pouvait rien découvrir au lieu de leur introduction. Les symptômes primitifs se dissipèrent, mais l'individu resta en proie aux palpitations les plus atroces. Une année après il se suicida d'une autre manière. La nécropsie fit découvrir la présence de deux longues épingles noires dans l'intérieur de la poitrine, à côté du cœur, irritant mécaniquement cet organe comme le fragment du sternum dont nous venons de parler.

La compression traumatique du cœur peut être portée quelquefois au point de produire la mort instantanée par asphyxie. Pour que cela ait lieu, il faut que le cœur se trouve pressé tellement que le sang cesse de circuler; la respiration cesse alors instantanément aussi. L'on sait, en effet, que la circulation et la respiration sont deux fonctions qui se soutiennent réciproquement, au point que l'une ne peut pas exister sans l'autre. (J. Hunter, On the blood.)

Le fait suivant appuie les propositions qui précèdent.

— Un jeune homme, en jouant aux quilles, tombe sur une pierre au moment de jeter la quille, et reste mort sur place. A l'autopsie, on trouva une fracture du sternum avec intro-pression du fragment inférieur qui comprimait fortement le cœur. (Duverney.)

— Un homme qui travaillait dans une carrière reçut sur la poitrine une pierre d'un poids énorme; il mourut sur-le-champ par la compression du cœur.

Quelques militaires de l'expédition d'Anvers, qui ont été tués par l'action du prétendu vent de boulet sur le sternum, n'ont succombé qu'à la compression très-vive que le cœur avait éprouvée par un projectile qui se trouvait vers la fin de sa course, et qui avait fait céder la paroi thoracique sans la fracturer, ou bien en la fracturant sans plaie extérieure.

Quant à la contusion simple du cœur, elle est plus difficile à constater; car ses effets se confondent jusqu'à un certain point avec la lésion précédente. Effectivement, la compression qui est portée au point de produire l'asphyxie doit nécessairement contusionner plus ou moins l'organe sur lequel elle agit. Dupuytren disait à cette occasion, que la contusion du cœur produit des lipothymies plus ou moins dangereuses, des cardites consécutives et des palpitations plus ou moins durables et plus ou moins rebelles à nos traitemens.

Il est à peine nécessaire d'ajouter quelles peuvent être les données du traitement de la compression et de la contusion traumatiques du cœur. Attaquer directement la cause, si cela se peut, et prévenir par une médication affaiblissante une réaction phlogistique trop forte, tels sont les principes d'après lesquels le praticien doit se régler.

Déplacemens. Les déplacemens permanens du cœur par cause traumatique n'ont été qu'à peine indiqués jusqu'à ce jour : voici cependant un exemple remarquable de ce cas.

— Un jeune homme, âgé de 21 ans, voulant monter sur la grande roue d'une usine, en fut renversé par le mouvement de rotation que le poids de son corps détermina, et fut horriblement mutilé. On constata la fracture de deux côtes inférieures du côté gauche, de la cinquième, sixième et septième du côté droit, de l'humérus, de la clavicule droite. Une douleur vive, avec battemens, semblable à celle produite par un corps étranger, se fit sentir dans le côté droit. C'était le cœur passé à droite du sternum. Après un mois de traitement, le malade entra en convalescence; mais la respiration était toujours gênée, les battemens du cœur s'entendaient toujours à droite. La plus légère émotion augmentait leur violence. Le froid subitement appliqué aux mains ou sur la poitrine amenait une suffocation prolongée.

Pendant trois ans, la santé fut languissante, des vomissemens ayant lieu après chaque repas, et l'hiver étant ordinairement marqué par de nombreuses congestions pulmonaires avec accroissement des autres symptômes, et surtout de la douleur du côté droit.

Puis le malade se met à l'usage de la digitale; chaque nuit il en prend dix grains; dès ce moment les accidens de dyspnée et de palpitations sont bien affaiblis; le pouls, qui battait 120 à 130, tombe à 80.

La poitrine est déformée. A droite, la partie inférieure est dilatée de plus d'un pouce. L'épaule du même

côté est déprimée. Le côté gauche résonne partout à la percussion ; le son est très-clair entre les cinquième et septième côtes ; situation normale du cœur. Le bruit de ses contractions, ni son impulsion, ne s'entendent dans tout ce côté gauche ; respiration puérile.

Le poumon droit a un son clair dans sa partie supérieure. Au-dessous de la cinquième côte, matité avec sensibilité extrême de la peau, et absence du bruit respiratoire, sans souffle bronchique ni résonnance de la voix.

Le cœur se sent et se voit dans la région mammaire droite, entre la sixième et la septième côte, à un pouce du sternum. Son impulsion précède d'un intervalle marqué le pouls de l'artère radiale.

D'un examen tellement précis, on conclut nécessairement le déplacement du cœur. Comme chez cet individu le cœur avait été constaté dans sa position normale avant l'accident, la réalité du déplacement dont il s'agit ne peut être aucunement contestée. On connaissait, il est vrai, une foule de cas de déplacemens du cœur, arrivés lentement par le développement d'une tumeur soit solide, soit liquide dans la poitrine ; mais rien de pareil n'avait encore été publié à la suite des violences traumatiques.

ÉCOLE PRATIQUE.

Cours public d'ophthalmologie de M. Rognetta.

(Troisième leçon.)

Strabisme. (Suite du n° du 13 septembre.)

§ 4. *Caractères physiques et physiologiques.* 1° Regard louche, c'est-à-dire direction discordante de l'œil malade par rapport à l'autre, et obliquité latérale de la tête. Cette obliquité dépend de ce que le sujet ne regarde qu'avec l'œil sain, et qu'il est obligé, par conséquent de tourner la tête, comme les personnes borgnes, pour mettre l'objet à la portée de l'organe. L'œil louche reste inexpressif, et comme dans un état d'imbécillité.

2° Vision unioculaire, alternative ou double. Dans le regard un peu éloigné, le sujet ne peut voir qu'avec l'œil sain ; l'autre se tourne dans sa direction vicieuse, afin de ne pas troubler la vision par l'image confuse qu'il transmet. Dans le regard voisin cependant, la vision s'exerce chez quelques personnes exclusivement avec l'œil louche. J'ai vu plusieurs individus très-myopes et louches en même temps, qui ne regardaient qu'avec l'œil dévié. Il y a donc chez quelques sujets un œil pour les objets voisins, un autre pour les objets éloignés. Dans d'autres occasions enfin, la vision est diplopique ou double ; cela n'a lieu que dans les premiers temps seulement du strabisme aigu qui arrive par paralysie ou faiblesse musculaire. Je dis dans les premiers temps ; car quelques semaines après, l'œil dévié se trouvant déjà affaibli par les raisons ci-dessus, devient tout à fait inactif, la diplopie se dissipe et le strabisme reste seul.

3° Enfin, altération de la physionomie de l'œil dévié. Outre que la sphère oculaire perd une partie de son expression par la direction oblique qu'elle affecte, son volume diminue à la longue, elle s'atrophie en partie, la cornée se trouble, se couvre facilement de petits nuages, et ôte à l'organe une partie de ses belles apparences vitales. Dans quelques cas, l'œil louche paraît amaurotique.

Lorsque ce troisième caractère est bien marqué, il signale au premier regard le strabisme ; il est si peu prononcé cependant dans le premier degré, qu'il faut quelquefois faire regarder un objet successivement avec chaque œil pour s'assurer de celui qui louche, et qui est toujours le plus faible. Les objets paraissent à cet œil plus petits, plus éloignés, moins coloriés, et couverts d'un brouillard plus ou moins épais.

Terminaisons. 1° Par la guérison, s'il dépend de causes faciles à combattre, comme l'habitude vicieuse, par exemple.

2° Etat stationnaire.

3° Etat progressif (ambliopie, amaurose, taches cornéales, atrophie).

§ 5. *Pronostic.* Favorable dans le strabisme dont la cause peut être attaquée avec avantage, comme chez les enfans, dont la déviation oculaire se corrige souvent par les progrès de l'âge et du développement de la sphère visuelle. Chez les adultes, le pronostic ne sera fâcheux, en général, que dans le cas où le strabisme se trouve compliqué de lésion organique, ou dépend de causes qui échappent à nos ressources thérapeutiques.

§ 6. *Traitement.* On a pu déjà préjuger par l'étiologie que nous venons d'établir, que le traitement du strabisme doit nécessairement varier, suivant la nature des causes qui le produisent, et que par conséquent les personnes qui avaient cru pouvoir guérir cette infirmité par tel ou tel moyen uniquement, n'avaient pas des idées bien arrêtées sur la nature variable de la lésion. Il est clair pour nous qu'il y a des strabismes qui n'admettent aucune médication, tels sont ceux qui dépendent d'un leucome central, de la pupille artificielle, ou qui sont accompagnés d'amaurose, tandis que d'autres ne méritent aucun traitement direct ; de ce nombre, sont ceux qui occasionnent des tumeurs orbitaires, l'hydrocéphale, etc. C'est ici la maladie principale qui doit occuper, et nullement le strabisme Les strabismes réellement susceptibles de guérison sont les idiopathiques simples (et c'est le plus grand nombre), et les symptômatiques récens dépendant de causes non réfractaires à l'action de nos modificateurs.

Dans l'état actuel de nos connaissances, on peut admettre trois ordres de moyens orthophthalmiques, qu'on combine différemment suivant l'exigence des cas. Les uns sont dirigés sur les muscles moteurs de l'œil, ou plutôt sur les nerfs qui les animent. Les autres, contre quelques causes éloignées. Les autres enfin, sur la rétine.

1° *Sur les muscles.* L'électricité ou la galvano-punc-

ture appliquée sur le muscle ou sur les muscles affaiblis, ou bien au sourcil, sur le tronc du nerf frontal, a été depuis long temps vantée contre le strabisme. (Boyer.) M. Fabré-Palaprat en a obtenu des succès incontestables.

Ce moyen a été aussi reproduit dernièrement par un jeune médecin sicilien. Je pense qu'il peut être fort utile si on l'applique à propos. Lorsque le strabisme tient à une paralysie musculaire, qu'il a par conséquent succédé à la diplopie, la galvano-puncture employée dans la période asthénique et après les antiphlogistiques, peut rendre de grands services. Le strabisme dépendant de la faiblesse de la rétine peut aussi être heureusement influencé par les courans galvaniques.

On peut aussi dans le même but faire usage des remèdes anti-paralytiques, que nous indiquerons à l'occasion de la paraplégie palpébrale.

Le masque, les hémisphères concaves, les tubes noirs, l'entonnoir de Weller, les besicles-miroirs de Verdue, les mouches de taffetas sur le nez, l'exercice orthophthalmique devant une glace, etc., ont été aussi employés contre le strabisme : ces moyens ne paraissent agir que sur les muscles moteurs de l'œil. Les quatre premiers me semblent tout à fait inutiles, par une raison toute simple ; c'est qu'en couvrant les yeux de deux plaques opaques percées seulement dans la direction normale des pupilles, le sujet ne regarde qu'avec l'œil sain, il laisse l'autre dans l'inaction et se tourner par conséquent dans sa direction vicieuse : c'est ce que j'ai constaté chez plusieurs enfans louches qui avaient été soumis à l'usage de ces machines. Pour être réellement utile, la plaque trouée ne devrait être appliquée que sur l'œil dévié, et on devrait couvrir l'autre d'un bandeau; alors le sujet, pour voir, serait obligé de se servir de l'œil défectueux et de le porter forcément dans la direction normale indiquée par le trou. Ce procédé rentre, comme on le voit, dans les principes du traitement de Buffon, que nous exposerons tout à l'heure. Les besicles réflecteurs de Verdue n'étant pas en usage, je m'abstiens de les décrire. La mouche de taffetas sur le nez pourrait être utile dans le strabisme divergent chez les enfans. L'exercice à la glace consiste à regarder pendant un certain temps, plusieurs fois par jour, la pupille dans l'image, ce qui ne peut avoir lieu sans diriger l'œil dans sa rectitude normale. Outre que toutes les personnes louches ne sont pas en état de se soumettre à ce procédé, son usage me paraît trop fatigant.

2° *Contre les causes éloignées.* Le strabisme symptomatique de congestions saburrales ou encéphaliques, réclame l'usage des remèdes évacuatifs (purgatifs, saignées, délayans, etc.) Dans quelques circonstances, les toniques et les antispasmodiques pourraient aussi être indiqués par les conditions particulières du strabisme ; comme dans certains strabismes périodiques, par exemple.

3. *Sur la rétine.* Partant de l'observation que dans toute espèce de strabisme il y avait inégalité dans la force visuelle des deux rétines, et que cette inégalité était souvent la cause unique de l'infirmité, Buffon fit de cette idée la plus heureuse application à la thérapeutique. Il comprit qu'en nivelant la force rétinienne le strabisme cesserait d'exister ; c'est ce que l'expérience a déjà confirmé un très-grand nombre de fois. On peut remplir cette indication fondamentale, en renforçant l'œil faible, en affaiblissant l'œil fort, ou bien enfin en combinant ces deux moyens à la fois.

On fortifie l'œil faible en couvrant avec un bandeau l'œil fort, et en obligeant par conséquent le sujet à ne se servir pendant quelques semaines que de l'œil défectueux. Cette espèce d'exercice gymnastique devient ortophthalmique, il suffit pour fortifier l'organe débile, rendre ses images plus nettes, et dissiper en conséquence le strabisme. Un grand nombre d'individus traités de la sorte par Buffon, ont été parfaitement guéris : une foule d'autres praticiens ont aussi obtenu un résultat pareil, même chez des sujets âgés de plus de 30 ans qui louchaient dès l'enfance. J'ai guéri moi-même dernièrement une demoiselle de la pension de madame Daubray, au Marais, par le même procédé, en trois semaines d'exercice. Lorsque le strabisme menaçait de reparaître dans les commencemens, cette jeune personne s'appliquait elle-même pendant quelques heures, le matin, un bandeau sur l'œil fort, pendant qu'elle exerçait l'autre, et les choses revenaient de suite à l'état normal.

J'ai cru, et l'expérience est venue confirmer mon idée, que le procédé de Buffon pouvait être rendu plus efficace en y ajoutant la lecture latérale. Je m'explique :

Une demoiselle anglaise âgée de 21 ans, d'une beauté remarquable, était myope et louchait considérablement du côté gauche depuis son enfance: elle était l'année dernière, sur le point de se marier à Paris, et désirait vivement être débarrassée de son strabisme. Je lui ai couvert l'œil droit avec un mouchoir posé en monoculus, et je l'ai obligée à lire pendant deux heures tous les matins dans son lit, couchée sur le côté gauche, le livre étant placé sur une chaise basse à côté de sa table de nuit.

Après six jours de cet exercice et de l'emploi du bandeau jour et nuit, la direction de l'œil s'était tellement améliorée que le strabisme était dissipé en grande partie. A compter du dixième jour, le bandeau n'a été porté que dans la matinée seulement jusqu'à l'heure de la promenade. La guérison a été assurée et complète en moins d'un mois.

On voit bien par ce qui précède, que cette méthode agit sur les deux yeux à la fois, savoir, en affaiblissant l'œil fort par l'inaction, et en fortifiant l'œil faible par l'exercice. La lecture latérale oblige en même temps l'œil dévié à se porter dans une direction opposée à celle qu'il affecte durant le strabisme.

On a cru pouvoir remplir ces mêmes indications à l'aide de lunettes à foyer variable pour chaque œil. Ce procédé n'est pas préférable au précédent.

On a enfin ajouté aussi l'action du galvanisme à celle du bandeau en permanence, dans le but de tonifier la rétine du côté faible. Je crois que ce moyen peut être un excellent auxiliaire pour hâter la guérison du strabisme.

N° 114. — 24 Sept.

Des bons effets des ventouses à succion appliquées à la réduction des hernies abdominales et au traitement des volvulus ; par G. V. Lafargue, de Saint-Emilion.

Depuis quelque temps, on proclame les succès obtenus dans la réduction des hernies, en apposant une ventouse au-dessus de l'obstacle qui produit l'étranglement, afin d'entraîner dans l'abdomen par une véritable aspiration l'intestin ou tout autre organe déplacé. Certes, si jamais idée simple et ingénieuse s'est rencontrée, c'est assurément celle-ci ; car *à priori*, tout annonce qu'elle renferme un germe de vérité, et tout fait pressentir que la pratique doit ici retirer quelque fruit de la théorie. Plusieurs fois cependant, il est arrivé que, quoique la hernie fût libre d'adhérences, quoique la constriction d'où dépendait l'étranglement ne fût pas très-exagérée, quoique tout enfin fût dans les meilleures conditions pour faire triompher le moyen proposé, celui-ci échoue néanmoins. On recommande bien, à la vérité, de se servir de larges ventouses ; mais jusqu'à quel point faut-il porter leur largeur ? Et d'ailleurs, en supposant que la capacité en soit bien déterminée, comment rendre le procédé exécutable pour tout le monde ; comment mettre tous les médecins à même de s'en servir ? C'est ce à quoi j'ai tâché de pourvoir en entrant dans les considérations qui suivent.

Pour simuler une hernie, je pratiquais sur le cadavre une petite incision aux parois abdominales, le plus près possible de la région inguinale. Je faisais en sorte que cette incision offrît dans son trajet les caractères de l'anneau inguinal lui-même, c'est-à-dire que je la dirigeais de haut en bas, d'avant en arrière et de dedans en dehors. Au travers de ce canal artificiel, j'attirais à l'air libre une anse intestinale ou un morceau d'épiploon ; et c'est sur cette affection simulée que j'exécutais les expériences qu'on va lire.

Lorsqu'au-dessus de cette incision, et dans le sens de son axe, j'appliquais sur l'abdomen, avec toute l'énergie possible, une ventouse dont la base n'avait qu'un pouce, qu'un pouce et demi, que deux, trois et même quatre pouces de diamètre, j'avais beau faire le vide, l'intestin ou l'épiploon restaient à leur place, et on ne remarquait même en eux aucune velléité d'obéir à la puissance de l'attraction. Mais si, prenant les précautions ordinaires, j'apposais au même endroit une ventouse dont la base eût cinq, six pouces et même plus de diamètre, à peine le vide commençait-il à s'opérer dans l'instrument, que, l'intestin rentrait brusquement dans l'abdomen et avec la promptitude de l'éclair. Lorsqu'au moment de cette énergique attraction, j'essayais de retenir l'intestin au dehors en le pinçant entre mes doigts, ceux-ci étaient contraints de suivre le retrait de cet organe, et à moins que le pincement ne fût exagéré, ils étaient obligés de lâcher prise en arrivant au niveau du canal artificiel, car l'aspiration de la ventouse le leur arrachait pour ainsi dire. Quelque petite que fût l'incision, j'obtenais constamment le même succès.

Mais à quoi attribuer la différence des résultats après l'emploi d'une petite ou d'une grande ventouse ? Rien n'est plus simple à concevoir pour les médecins auxquels l'anatomie est familière. Ceux-ci savent en effet que les muscles transverse, petit et grand obliques et les aponévroses qui les embrassent sont doués d'une bien moins grande laxité que la peau et le tissu cellulaire qui double cette membrane. Aussi est-il facile de prévoir que lorsque j'appliquais sur l'abdomen une ventouse à base étroite, ce n'était que les deux dernières couches que j'attirais dans l'appareil en y opérant le vide, et cela parce qu'elles sont les plus expansibles. Lorsqu'au contraire, je me servais d'une cloche dont la base avait six pouces de diamètre, les muscles et leurs aponévroses cédaient comme la peau et le tissu cellulaire à l'action de la raréfaction de l'air, et se tuméfiaient ensemble dans la ventouse. Il était donc naturel que dans le premier cas l'intestin ou l'épiploon ne fussent pas sollicités à quitter leur place, tandis que dans le second cas ils devaient au contraire refluer dans la cavité abdominale. En effet, les organes renfermés dans le ventre étant assimilés avec raison à un liquide contenu dans un réservoir, dès qu'un point leur offre moins de résistance que de coutume, ils se dirigent en masse vers ce côté et cherchent à s'échapper par là, absolument comme le ferait une substance liquide qui se trouverait dans les mêmes conditions. Or, une large ventouse tendant à produire le vide dans la partie de l'abdomen qui répond à la place où on l'a mise, il est donc naturel que l'intestin abandonne l'incision où il est engagé pour aller se loger dans l'espèce de poche que lui présente les diverses couches des parois du ventre engouffrées dans l'instrument.

Sans doute, dira-t-on, vos expériences sont concluantes pour le cas dont il s'agissait sur le cadavre ; mais lorsqu'une hernie est étranglée, croyez-vous que la constriction n'est pas autrement forte que celle que vous avez simulée, et quelque larges que soient vos ventouses, il est douteux qu'elles réussissent alors à dégager l'intestin ? A cela, je répondrai qu'en proposant ces appareils, je ne l'ai point fait dans l'espoir de rendre désormais inutile l'opération du débridement, car je n'ignore pas qu'il se rencontre des hernies où les adhérences avec le sac sont si résistantes, que le bistouri peut seul en triompher.

Mais restent les innombrables cas où le taxis et certaines positions ont suffi pour provoquer la réduction ; or, n'est-il pas évident que les larges ventousse hâteront singulièrement ici la rentrée de la hernie, qu'elles abrégeront de beaucoup les douleurs produites par le toucher ? D'ailleurs, là où le taxis et la position restent impuissans, les ventouses en apportant le surcroît de leur action ne pourront-elles pas procurer de salutaires résultats ?

Une objection plus sérieuse, mais facile à refuter, est la suivante :

Nous sommes convaincus de l'efficacité des ventouses à large embouchure dans les tentatives de réduction des hernies ; mais comment nous procurerons-nous des instrumens d'une telle capacité ? Et en supposant que nous puis-

sions en trouver, sera-ce par le feu au moyen de la pompe que nous enlèverons l'air de leur intérieur? Aucun de ces deux agens ne convient : le calorique irriterait trop la peau, prédisposerait trop à accroître la phlegmasie dont la tumeur est déjà le siége; la ventouse à pompe est d'un prix trop élevé, et je doute que même dans beaucoup de grandes villes on pût trouver des cloches du volume de celles que la pratique me fait exiger et surmontées d'une machine aspiratoire. La ventouse à succion répondra à toutes les indications. Cet instrument, que j'ai décrit dans le numéro du 20 août dernier de ce journal, consiste simplement en un entonnoir de verre dont le sommet, parfaitement aplani en l'usant sur une brique mouillée, est coiffé d'une soupape en cuir fixée le long du tube par des fils de lin retenus eux-même par des spirales en fils de soie (1). Pour le cas dont il s'agit ici, nous prendrons un entonnoir en verre, dont la base présente six pouces et même plus de diamètre; mais comme le sommet est trop volumineux pour pouvoir y exécuter la succion avec avantage, nous n'y fixerons la soupape que d'une manière médiate, à l'aide d'un tube en verre, épais de 3 à 4 lignes, long de 5 pouces, dont l'une des extrémités parfaitement plane, sera armée de la soupape que j'ai décrite, et dont l'autre sera libre pour pouvoir l'adapter à la cloche, en suivant le procédé que je vais indiquer.

On prend un morceau d'intestin de porc, et mieux de trachée de mouton : ce conduit membraneux ne doit être long que de trois travers de doigt. On introduit l'extrémité libre du petit tube dans la cavité de l'un des bouts de l'intestin, préalablement ramolli dans l'eau, et au moyen de quelques tours de fil on les fixe solidement l'un à l'autre. On fait pénétrer de la même manière le sommet de l'entonnoir dans l'autre bout de l'intestin, et lorsque les deux tubes de verre se sont à peu près abouchés, on agit pour fixer le boyau au sommet de la ventouse absolument comme on s'y est pris pour les deux premiers.

Le tout étant ainsi disposé, on place la base de l'instrument sur la partie de l'abdomen où l'on veut opérer le vide. On pratique la succion au sommet du tube qui surmonte la ventouse : à chaque aspiration la soupape se soulevant, une portion de l'air contenu dans la cloche passe dans la bouche de l'opérateur. En retombant, cette même soupape s'oppose à toute rentrée du fluide élastique dans l'appareil. On continue cette manœuvre jusqu'à l'adhésion complète de l'instrument à la peau. Dans les expériences que j'ai citées, il était rare que l'intestin ne fût pas rentré dès la sixième opération. Il est inutile de dire que l'anneau membraneux, qui sert pour ainsi dire à articuler l'extrémité du tube avec le sommet de la ventouse, ne permet pas à la plus petite parcelle d'air de pénétrer dans le réservoir de verre; ceci est une conséquence naturelle de sa texture fibreuse.

On ne pourrait, ce me semble, opposer contre l'appareil que je viens de décrire, que sa grande simplicité. Mais n'est-ce pas là ce qui doit intéresser en sa faveur et contribuer à en populariser l'usage? Je suppose, par exemple, qu'au milieu d'une campagne, on désirât se fabriquer une ventouse pour l'opposer à cette dernière affection. Eh bien, on placerait ce petit tube, à l'aide d'un morceau d'intestin ou de trachée, au sommet d'un large entonnoir en fer-blanc que tous les paysans possèdent, et avec cette cloche opaque, on agirait, dans le cas qui nous occupe, aussi bien qu'avec une cloche de verre.

Afin de désigner par ordre les espèces de hernie où nos ventouses sont le plus efficaces, nous mentionnerons d'abord la hernie inguinale, puis l'ombilicale chez l'enfant ou chez la femme, et enfin la crurale. Remarquez que cet instrument trouve précisément sa plus fréquente application dans la première de ces affections, qui a le funeste privilége de se rencontrer le plus souvent. Je ne saurais trop recommander d'implorer le secours des larges ventouses toutes les fois qu'il s'agit de réduire une de ces tumeurs. Si je me montre si convaincu de leur efficacité, c'est que j'ai expérimenté sur leur valeur thérapeutique, ce mode d'instruction n'induisant jamais en erreur. Voulez-vous obtenir dans la réduction des hernies des succès presque constans? Joignez au procédé de M. Ribes l'influence de notre ventouse : placez le malade sur un matelas disposé en forme de plan très-incliné, de telle sorte que la région diaphragmatique soit le plus bas possible, que les cuisses soient allongées et sur la même ligne que le ventre, que le bassin soit très-élevé; relevez la tête du sujet avec un petit traversin pour qu'il puisse garder cette position tout le temps nécessaire. Puis pratiquez le taxis en même temps que vous appliquerez une large ventouse à succion sur le ventre. Dans l'intervalle de chaque tentative, mettez sur la tumeur une vessie pleine de glace, et réitérez encore l'apposition de la cloche. Rappelez-vous qu'il faut que la ventouse reste fort peu de temps adhérente, une fois qu'elle est bien prise; détachez-la bientôt pour la réappliquer ensuite, car c'est principalement pendant les mouvemens de succion que la hernie tend à franchir l'étranglement pour rentrer dans l'abdomen.

M. Koehler conseille d'appliquer une ventouse sur la hernie elle-même, afin d'attirer au dehors une plus grande masse d'intestin et dans le but de dégager la partie étranglée. Il prétend par là favoriser beaucoup la réduc-

---

(1) J'ai introduit dans la disposition de la soupape une modification qui simplifie beaucoup l'appareil. Dans l'origine, je fixais les quatre fils le long du tube en les recouvrant, à l'aide d'un peu de colle, d'un papier que je revêtais lui-même d'un canevas de soie pour le préserver du contact de l'eau en lavant l'instrument. Mais lorsque du sang venait à salir la soupape, je ne parvenais à la nettoyer qu'en défaisant le tout pour le recomposer ensuite. Voici comme je m'y prends aujourd'hui : je me procure un anneau en caoutchouc dont l'ouverture soit d'un diamètre un peu plus petit que celui du tube, j'introduis le tube dans la cavité de cet anneau, et je le fais glisser jusqu'à ce qu'il soit descendu à un pouce de son sommet. La grande élasticité dont cette substance est douée, favorise cette manœuvre, et permet qu'elle reste solidement fixée au verre. Eh bien, c'est au travers de cet anneau qu'à l'aide d'une aiguille je fixe les quatre fils. Par ce moyen, j'enlève la soupape quand il me plaît et je la remplace de même, sans que sa solidité soit en rien compromise.

tion. Je n'ose pas déterminer jusqu'à quel point cette idée est rationnelle. Tout ce que je sais, c'est que cette pratique doit être bien douloureuse, et qu'elle tend à faire affluer le sang dans des organes qui n'en sont déjà que trop gorgés. La gangrène ne pourrait-elle pas être la conséquence d'un tel précepte ?

L'usage de nos ventouses sera d'un précieux secours pour réduire l'intestin ou l'épiploon étranglés dans une plaie pénétrante de l'abdomen. Ce sera le moyen d'éviter souvent des débridemens dont une saine doctrine impose la loi de se montrer avare. On se servira ici de ces instrumens, d'après les principes établis plus haut.

Il est une maladie affreuse par ses souffrances, terrible par sa funeste terminaison et qui se trouverait certainement bien de l'intervention dans sa thérapeutique des idées précédemment émises. Je veux parler du *volvulus*. Si l'invagination n'est pas excessive, si elle est récente, si les brides n'offrent pas une grande consistance, pourquoi nos ventouses n'en triompheraient-elles pas aussi bien que des hernies ? J'ignore si quelque médecin a déjà proposé ce moyen ; mais je crois que ce serait sagement se conduire, si dans cette affection on appliquait une de ces cloches sur le côté opposé au siége présumé de l'iléus.

N° 115. — 27 Sept.

PATHOLOGIE INTERNE.

Cours de M. Andral.

Leçons sur les maladies des centres nerveux ; recueillies par M. Malherbe.

(Suite du numéro 112.)

Du tétanos.

Comme les convulsions, le tétanos peut n'être qu'un symptôme d'une affection du cerveau ou de la moelle épinière: cependant il a été regardé plus souvent comme une maladie particulière, idiopathique.

Le tétanos consiste dans une rigidité permanente des muscles. Cette rigidité reste quelquefois bornée à ceux de la face et ne produit que le resserrement des mâchoires désigné sous le nom de trismus, mais elle porte, dans beaucoup d'autres cas, sur des muscles occupant d'autres régions du corps, et produit encore le tétanos qui a reçu des dénominations différentes, selon qu'il en résulte telle ou telle attitude du corps : ainsi on l'appelle opisthotonos quand la tête est renversée sur la nuque et que le tronc est fortement étendu en arrière ; on le nomme emprosthotonos quand le corps est au contraire courbé en avant, que le menton tend à se mettre en contact avec la poitrine, ou qu'il s'y applique : enfin il prend le nom de pleurosthotonos lorsque le tronc est courbé sur l'un ou l'autre de ses côtés.

Le tétanos peut être général ou partiel. Son siége est dans les centres nerveux, dans la moelle épinière surtout, et dans les gros troncs nerveux.

Caractères anatomiques. Comme dans bon nombre d'autres névroses, l'anatomie pathologique a été incapable jusqu'à présent d'expliquer cette maladie : elle est encore voilée d'épaisses ténèbres. Souvent on n'a rien trouvé ni dans la moelle qui, pour le dire dès maintenant, peut bien n'être affectée que secondairement, ni dans les principaux troncs nerveux qui en partent; la substance cérébrale, ses enveloppes se sont aussi montrées sans traces d'altération aucune.

Une fois, M. Andral a constaté pour toute lésion une rougeur très-vive de l'estomac ; du reste, rien du côté de tout le système nerveux. Dans d'autres circonstances, on a observé une sécheresse remarquable de l'arachnoïde rachidienne et encéphalique ; quelquefois les membranes de la moelle, et cette dernière partie elle-même ont été vues rouges, injectées; les nerfs aussi se sont montrés dans un pareil état de rougeur et d'injection, et dans certains cas ils offraient ces caractères dans le point où ils passaient à travers des parties lésées : c'est ce que l'on remarque fréquemment dans le tétanos traumatique, c'est-à-dire, dans le tétanos survenu à la suite d'une solution de continuité, d'une blessure, d'une plaie. M. Lepelletier place les injections qu'on note alors dans la pulpe et dans les nerfs. Il paraît qu'on aurait aussi rencontré de la rougeur dans les nerfs de la vie organique et dans les ganglions. Chez les nouveau-nés, on a constaté l'existence dépanchemens séreux ou sanguins dans les portions de la moelle épinière affectées (Billard). M. Dubreuil a trouvé, dit-il, dans la pie-mère rachidienne des fausses membranes très-bien formées; il en cite trois cas. On a pu encore observer des ramollissemens de la moelle en masse, ou seulement dans une plus ou moins grande étendue; MM. Patissier et Leppelletier en rapportent des exemples. On a signalé des cas où ce mode d'altération affectait les cordons antérieurs, ou d'autres points particuliers.

Lobstein a constaté sur le cadavre d'un tétanique un abcès placé derrière le corps d'une vertèbre, et qui comprimait la moelle est avait même détruit les cordons antérieurs dans le point correspondant. Dans des cas d'arachnitis, il y a, sinon tétanos complet, au moins quelques phénomènes qui s'en rapprochent assez.

D'après cela, on voit que dans le tétanos, comme dans beaucoup d'autres maladies nerveuses, on ne constate pas toujours les mêmes lésions; bien mieux, c'est que le tétanos peut exister sans qu'on en découvre aucune, et de même il est possible qu'on en rencontre sans que cette affection se soit manifestée. Que devrait-on conclure de là ? que le tétanos, ainsi que la chorée, l'épilepsie, etc., n'est pas le résultat d'une altération sensible et nécessaire, et cependant il faut qu'il y ait quelque chose de particulier, de spécial qui le produise, puisque dans des cas de desordres anatomiques de la moelle épinière ou des autres parties du système nerveux, soit aigus, soit chroniques, on ne l'a pas remarqué. Et en effet, les recherches cadavériques faites sur des sujets morts choréiques, épileptiques, cataleptiques ont conduit à la découverte de phénomènes pathologiques identiques à ceux observés sur des indivi-

dus qui avaient succombé au tétanos ; et chez ces différentes personnes, les maladies n'étaient pas du tout les mêmes, donc les causes doivent avoir un caractère différent.

Dupuytren attachait une grande importance à la rougeur du cœur et des vaisseaux sanguins dans le tétanos ; mais M. Andral croit que cet illustre chirurgien se trompait, et qu'il prenait pour signes pathologiques ce qui n'était qu'un effet cadavérique.

On a voulu assigner comme causes de cette terrible maladie les inflammations gastro-intestinales, la présence de vers chez les enfans ; mais sans nier leur influence qui dans des cas peut bien déterminer le tétanos, M. Andral pense que le plus souvent il y a simple coïncidence de ces affections. En définitive, le tétanos résulte d'une modification de l'influx nerveux, modification absolument inconnue.

Causes. Nous avons déjà vu ce qu'il fallait croire relativement à quelques-unes : arrivons à d'autres plus efficaces ou du moins plus saisissables. Plus souvent que les médecins, les chirurgiens ont occasion de voir cette maladie, parce qu'en effet elle est le plus fréquemment la suite de lésions traumatiques (d'où lui vient le nom de tétanos traumatique), de violences extérieures. Le tétanos peut être favorisé chez un individu affecté de plaies, par un état plus ou moins chaud ou froid de l'atmosphère, de même que par de mauvais pansemens. Les blessures capables de le faire éclater sont très-variées. M. Andral l'a vu arriver à propos de l'application d'un séton : le sujet fut d'abord pris de trismus, puis le tétanos devint général. Un autre individu faible et nerveux en fut atteint une heure après l'introduction d'un bistouri dans un bubon. Il s'est déclaré à la suite de l'avulsion d'une dent, à la suite d'une piqûre d'aiguille, chez des enfans surtout. La présence d'une arête dans l'œsophage lui a aussi donné lieu, de même que des blessures un peu plus graves que des chutes. Une femme eut le pied blessé par une chaussure trop étroite ; il y eut une petite écorchure, et le tétanos se manifesta. Les causes traumatiques sont donc les plus aptes à faire développer cette redoutable affection. Mais indépendamment de celles-ci, il en est d'autres qui ont une influence plus ou moins grande sur sa production. C'est ainsi que des personnes en ont été atteintes pour être passées seulement d'une chaleur assez considérable à un froid vif, pour avoir traversé une rivière le corps étant en sueur, pour avoir dormi sur un sol humide. Viennent ensuite comme causes du tétanos, en admettant comme pour les cas précédens une prédisposition, les états morbides des différens organes.

Certaines substances introduites dans l'économie ont encore la propriété de le déterminer, telles sont la noix vomique, la strychnine, la brucine, qui ne réclament pas une prédisposition de la part des individus.

Sans faire appel à une ou à plusieurs de ces causes, l'affection que nous étudions est susceptible de naître spontanément, et sans cause connue. On la voit quelquefois frapper les nouveau-nés, surtout les jeunes négrillons dans les climats très-chauds, sans qu'on sache pourquoi ; toutefois elle devient de plus en plus rare à mesure que la race noire s'éclaire, que sa manière de vivre se conforme davantage aux règles de l'hygiène. J. Franck a fait la même remarque par rapport aux juifs ; ce qui porte à supposer que l'observation des lois hygiéniques a une grande influence sur le tétanos.

Symtômes, marche, durée, pronostic et terminaison. Les symptômes du tétanos sont déjà indiqués par sa définition : ils consistent dans une rigidité musculaire ordinairement partielle d'abord ou même toujours. Le sujet éprouve une raideur dans l'articulation des mâchoires, dans le col dont les mouvemens sont difficiles (torticolis), à la nuque dont les muscles portent la tête en arrière. Ces phénomènes se traduisent parfois avec une intensité assez peu considérable pour qu'on n'y fasse pas une grande attention. Dans des cas ces parties restent même libres, et la rigidité débute par les membres, ou par les parois abdominales dont les muscles sont tendus et offrent pour ainsi dire la dureté d'une planche ; mais ce sont les cas les plus rares.

Lorsque le tétanos commence par le col, la nuque et la mâchoire, la déglutition est difficile. Quelquefois à la rigidité succède un état de relâchement, et il peut y avoir alternative de l'un et de l'autre ; mais il est remarquable avec quelle facilité le plus léger choc, le moindre contact ramène la première ; les émotions produisent le même effet. Cette rigidité peut exister seule ou être accompagnée de temps en temps de secousses dont la violence n'est pas la même chez tous les malades et dans tous les cas, et qui se feront remarquer tantôt à la tête, tantôt au tronc, tantôt aux membres.

Ces désordres de mouvement auront dans des circonstances une marche lente, insensiblement progressive, et par cela même d'autant plus insidieuse ; dans d'autres, ils arriveront tout d'un coup à leur plus haut degré.

Si l'on examine ce qui se passe du côté de l'intelligence, on verra qu'en général elle se conservera intacte jusqu'à la mort, et que si elle se trouble, c'est qu'il est survenu une complication.

La sensibilité peut demeurer dans son état ordinaire, ou bien s'exalter comme il arrive souvent, et alors il y a des douleurs très-vives dans les muscles, douleurs prenant une sorte de type intermittent, mais qui reviennent par exacerbation.

Du côté de la vie de nutrition, peu de troubles dans les fonctions, à moins de cas graves : ainsi la respiration reste assez libre ; mais dans des cas elle est tellement gênée, l'exercice en est tellement empêché que la mort par asphyxie en est souvent la suite.

La circulation et la digestion ne paraissent pas subir de grandes modifications tant que la maladie ne revêt pas un caractère trop grave. Le pouls peut être naturel ou accéléré ; des vomissemens, de la constipation s'observent quelquefois.

La durée du tétanos varie ; il se termine parfois en quelques heures ; d'autres fois il se prolonge jusqu'à quinze ou vingt jours, et il ne faut pas croire que dans ce dernier cas on doive craindre plus que dans le pre-

mier, car en général la gravité de la maladie est en raison inverse de sa durée ; on peut donc espérer que la terminaison sera heureuse quand elle se fait attendre. Il y a sans doute quelques exceptions : M. Andral a vu, en effet, le tétanos reparaître ou devenir plus intense, alors même qu'il lui avait paru devoir finir de la manière la plus favorable.

Cette affection est continuelle ou intermittente. Son pronostic est toujours grave, car le plus grand nombre de malades succombent.

Traitement. On a tout mis en usage contre cette cruelle maladie : les émissions sanguines employées avec hardiesse ont été souvent couronnées de succès. Entre autres cas vraiment frappans de guérison due bien certainement à ce mode de traitement, on peut en citer un dans lequel M. Lepelletier osa et avec le plus grand bonheur pratiquer six saignées de deux livres chacune, et un autre dans lequel M. Lisfranc fit en peu de temps huit saignées copieuses (évaluées à une livre chacune), et appliqua sur la colonne vertébrale 792 sangsues et 50 à l'épisgastre. Le malade avait été considéré comme perdu, mais l'activité du traitement déjoua le pronostic.

Les uns ont voulu qu'on tirât beaucoup de sang d'un coup, pour ne pas revenir à l'ouverture de la veine ; d'autres ont conseillé des saignées fréquentes, répétées d'heure en heure, mais peu abondantes (3 onces chaque fois). Ce dernier moyen a obtenu aussi d'heureux résultats ; on avait soin de maintenir le malade dans un bain tiède. Quand on peut déterminer que le tétanos tient à une myélite, c'est sur le rachis qu'on applique les sangsues ; mais il est évident que dans des cas on n'eût pu agir comme l'ont fait les praticiens distingués que nous avons cités, et que l'opium et ses préparations l'auraient alors emporté sur les saignées.

On a administré chez des individus jusqu'à 20 et 30 grains d'extrait gommeux d'opium sans produire le narcotisme. Il y a donc ici une extrême tolérance pour ce médicament ; les maladies nerveuses sont en effet celles qui modifient le plus l'action des agens thérapeutiques. En Italie, on a employé la morphine à haute dose et avec avantage.

L'acide hydrocyanique tenté sur des animaux tétanisés artificiellement à l'aide de la noix vomique, n'a amené aucun résultat satisfaisant. Si on essayait sur l'homme un agent aussi énergique, ce ne devrait être qu'avec la plus grande prudence et le plus grand ménagement. On peut employer les opiacés conjointement avec les saignées ; M. Andral approuve fort cette méthode.

Les révulsifs à l'intérieur et à l'extérieur, les sudorifiques ont aussi été mis à contribution.

Les Anglais vantent contre le tétanos le mercure et ses préparations portées jusqu'à la salivation ; mais lorsque ce phénomène a lieu la maladie est déjà ancienne, et conséquemment elle a plus de chances de guérison.

Le phosphore à la dose de 4 grains, le sous-carbonate de potasse, de fer ont été essayés sans succès.

Les préparations ferrugineuses, la teinture de cantharides à la dose de 2 gros, la liqueur arsénicale de Fowler à la dose de 10 gouttes combinées avec 15 de laudanum, l'huile de térébenthine à la dose d'une once dans deux heures ont été tentées empiriquement ; mais on ne peut rien dire d'avantageux relativement à ces essais, et c'est encore le cas de répéter que plus on vante de médicamens contre une affection, moins on doit se promettre une guérison infaillible.

Quant au tétanos traumatique, on conçoit que l'art chirurgical doit quelquefois intervenir, soit pour débarrasser les blessures des corps étrangers ou des esquilles qui peuvent occasionner de l'irritation, pour opérer des débridemens lorsqu'il y a étranglement des parties, pour diviser complétement des nerfs qui ne le sont qu'imparfaitement.

N° 116. — 29 SEPT.

ÉCOLE PRATIQUE.

COURS PUBLIC D'OPHTHALMOLOGIE DE M. ROGNETTA.

Quatrième leçon. — *Diplopie.*

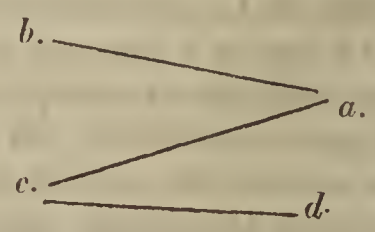
§ Ier *Généralités.* Ainsi que sa valeur littérale l'indique, le mot diplopie (*dis*, deux. *ops*, vision), désigne une altération de la vision qui fait voir double chaque objet qu'on regarde. Cette lésion a été aussi appelée *visus duplicatus*, *suffusio multiplicans*, etc.

Les auteurs ont classé la diplopie au nombre des maladies de la rétine. N'étant cependant le plus souvent qu'une conséquence, ou plutôt un symptôme du strabisme aigu, j'ai cru devoir le placer à côté de cette dernière affection.

On peut se former facilement une idée de la lésion en question, en produisant artificiellement la vision double. Tout le monde peut s'assurer que si l'on regarde fixément des deux yeux un objet lointain très-éclairé, comme un réverbère, une étoile, la lune, par exemple, et qu'on comprime en même temps avec le bout de doigt la base de la paupière ou l'un des angles de l'orbite, de manière à déplacer un peu le globe oculaire d'un côté, l'objet paraît double. Cela s'explique facilement par la déviation anormale de l'axe oculaire ou par le strabisme artificiel qui en résulte.

Dans le regard binocle et normal, les deux axes visuels qui partent d'un même objet étant parfaitement homologues, ne peuvent produire qu'une perception unique, comme deux cordes homotones ne produisent qu'un seul et même son, une seule et même sensation sur les deux oreilles. (Briggius).

Du moment par conséquent que les axes oculaires cessent d'être en harmonie dans le regard, il y a diplopie. La figure suivante rend la chose encore plus évidente :



Soit l'objet *a* regardé par les deux yeux *b c*, il est évident que les deux axes *b c* se réunissant sur l'objet *a*, ne peuvent donner qu'une perception unique. Si cependant, par suite d'un strabisme, l'axe *a c* tombe sur le point *d* de l'objet regardé, il est clair que les deux axes ne coïncidant pas sur le même point, doivent chacun rapporter une image distincte du même corps, d'où la diplopie.

La diplopie n'est donc, comme on le voit, qu'une sorte d'illusion optique dépendant le plus souvent de la direction vicieuse des axes oculaires. Je dis le plus souvent; car, ainsi que nous allons le reconnaître, la déviation axuelle n'est pas toujours nécessaire pour que ce phénomène ait lieu.

§ 2. *Variétés.* Les auteurs n'admettent généralement que deux espèces de diplopie : l'une symptômatique de strabisme, l'autre essentielle ou idiopathique, c'est-à-dire consistant dans une dépravation particulière de la faculté sensitive de la rétine. Dans la première, il n'y a vision double que dans le regard bi-oculaire; elle se dissipe si on regarde successivement avec un œil. Dans la seconde, au contraire, la diplopie existe dans le regard unioculaire comme dans le bi-oculaire. Il y a strabisme dans le premier cas, il n'y en a pas dans le second.

Cette distinction est exacte en général; mais les ophthalmologues paraissent avoir oublié que la diplopie unioculaire peut présenter des variétés qui ne se rattachent nullement à l'état de la rétine. Nous rapporterons en effet des cas de cette espèce dont la diplopie dépendait de l'existence de plusieurs ouvertures pupillaires dans un même iris, de la forme polyèdre de la cornée, d'une couche habituelle de liquide au-devant de l'œil. Je crois donc qu'il serait plus exact, et surtout plus utile, de diviser la diplopie d'après le siége des causes qui la produisent.

J'admets en conséquence quatre variétés de diplopie :

1° La musculaire (symptômatique des auteurs).

2° La rétinienne (essentielle des auteurs).

3° L'irienne ou pupillaire, c'est-à-dire dépendant de la multiplicité de la pupille.

4° La cornéale; savoir : pouvant dépendre de quelque lésion de la cornée. Il y en aurait peut-être une cinquième variété produite par la forme à facettes du cristallin; mais son existence n'est pas encore aussi prouvée pour moi que les précédentes. Parmi ces variétés, la musculaire est incontestablement la plus fréquente.

La diplopie musculaire peut atteindre un œil ou bien les deux yeux à la fois. Elle peut dépendre de l'affection de tel ou tel muscle, et se trouver compliquée de la paralysie de la paupière supérieure. Dans ce dernier cas, il y a toujours strabisme divergent (*v.* les précédens); dans tous les autres cas, le strabisme qui occasionne la diplopie peut affecter différentes directions. Ces considérations expliquent déjà :

1° Pourquoi la diplopie musculaire exige toujours le regard binocle pour se déclarer, et pourquoi elle se dissipe aussitôt qu'on ferme l'un des yeux.

2° Pourquoi la diplopie en question ne se déclare quelquefois que lorsqu'on regarde dans telle ou telle direction, ainsi que nous l'avons constaté à l'occasion du strabisme.

§ 3. *Étiologie.* 1° Les causes de la diplopie musculaire, qui est la plus fréquente, sont tantôt de nature paralytique, tantôt spasmodique, tantôt enfin elles agissent mécaniquement sur le globe oculaire, et le détournent de sa direction normale. Toutes ces causes ne produisent la diplopie, ainsi que nous l'avons déjà dit, qu'en occasionnant le strabisme, soit momentané, soit permanent. Elles peuvent siéger dans le cerveau, dans les environs de l'œil, ou bien dans des régions éloignées.

A. *Encéphaliques.* La commotion cérébrale, les convulsions, l'apoplexie, les congestions intrâ-crâniennes et les tumeurs encéphaliques, produisent très-souvent la diplopie musculaire. Un médecin tombe de cheval et perd connaissance; il en revient, et voit double chaque objet qu'il regarde. (Demours). Une femme tombe dans un fossé, essuie une commotion cérébrale et devient diplopique. Quelques agonisans, les femmes hystériques, les individus atteints de fièvre maligne, etc., voient les objets doubles durant l'état convulsif de leurs muscles. Un prêtre est frappé par la foudre et reste apoplectique pendant plusieurs heures; il en revient et s'étonne de voir double. (A Vater, *Visus duo vitia rarissima,* p. 7.)

Les grands joueurs, les hommes de cabinet, deviennent facilement diplopiques par les congestions cérébrales qu'ils éprouvent. Le chagrin et la peur agissent à peu près de la même manière. Une demoiselle voyait double pendant quelque temps chaque fois qu'on la grondait. Les jeunes veuves se trouvent quelquefois dans le même cas; heureusement que leur chagrin ne dure pas longtemps, comme on sait!

Les horlogers, les bijoutiers, les brodeurs, les géographes, les télégraphistes, les microscopistes, etc., qui travaillent surtout à la lumière artificielle, voient souvent double par les mêmes raisons.

Les tumeurs encéphaliques enfin, telles que tubercules, fongus, anévrismes, etc., occasionnent très-fréquemment la diplopie, en comprimant l'origine des nerfs qui se rendent aux muscles de l'œil. Je connais moi-même une foule de cas de cette espèce.

B. *Périoculaires.* Dans l'acte même de la fonction de la procréation, un jeune armurier de Paris sentit un *tac* douloureux au côté externe de l'œil, par suite d'une rupture de quelques fibres du muscle abducteur; il loucha en-dedans et vit double à l'instant même. (Demours.) Un individu devint diplopique à la suite d'un coup de poing à la joue. (Wardrop). Un troisième par l'irritation causée sur les nerfs frontaux par quelques ulcères syphilitiques sur le crâne. (Hermann Cummius). Un quatrième enfin, à la suite d'un vésicatoire sur le front. (Briggius, *Nova theor. vis.*)

J'ai vu la diplopie survenir par l'action d'un coup d'air froid sur l'œil. Un caporal-tambour battait la retraite sur le boulevard du Temple; il est frappé à l'œil d'un coup de vent glacial alors qu'il était en sueur; la paupière se ferme; il rentre chez lui, et est tout étonné de trouver deux épouses au lieu d'une, quatre enfans

au lieu de deux. Il y avait strabisme divergent.

C. *Eloignées.* L'embarras gastrique, l'ivrognerie (*Ebriis haud raro objecta duplicantur*, etc., Juv.) la grossesse, la suppression des règles et de quelques autres excrétions habituelles, la colique saturnine, quelques fièvres intermittentes, etc., occasionnent souvent la diplopie musculaire par leur action sympathique sur l'encéphale. Les faits de cette espèce sont excessivement fréquens.

2° Les causes de la diplopie unioculaire présentent aussi des différences suivant leur siége.

a. Rétinienne. Il est très-rare de rencontrer la diplopie essentielle. J'ai eu pourtant l'occasion d'en voir un exemple à la consultation de Boyer. Un cordonnier âgé de quarante ans, de la rue de l'Université, se plaignait de faiblesse dans la vue et de diplopie parfois. Il voyait double avec l'œil gauche, le droit étant fermé. Les pupilles étaient très-contractées. Le mal s'était déclaré à la suite de veilles trop prolongées en travaillant à la chandelle. Boyer lui ordonna un séton à la nuque et l'éloignement de la cause. L'amaurose suivit deux mois après cet état de la vision. Daniel Hoffman nous a aussi conservé l'histoire d'un cas de diplopie rétinienne ou unioculaire par suite d'une congestion sanguine cérébrale. (Boyer).

Comment, dans ces cas, la rétine acquiert-elle la singulière faculté de voir deux images pour chaque objet? C'est ce qui est difficile à dire d'une manière positive; je présume néanmoins que cela dépend d'une congestion irrégulière de sang dans la rétine et dans la pulpe du nerf optique. (*V.* Kœrberus, *De rariorbus quibusdam visionis vitiis*, p. 5).

b. Irienne. L'iris peut présenter deux ou plusieurs pupilles, soit accidentellement, soit congénitalement. Dans ce dernier cas, il y a autant de cristallins que d'ouvertures pupillaires. (Wardrop). On a prétendu que la multiplicité des pupilles n'entraînait que la confusion de la vue sans diplopie; cela est vrai pour les cas où l'autre œil est sain; car on s'habitue à ne regarder qu'avec celui-ci. Adams cependant dit positivement avoir observé la vision double sur un œil doué de deux pupilles. Il cite même un fait fort remarquable de trois pupilles sur un même iris, dont la présence avait produit la vision double. On aurait cru, *à priori*, que la vue aurait dû être triple dans ce dernier cas. Demours parle aussi d'un iris à trois pupilles par suite de trois abcès dans le parenchyme irien; mais il ne dit rien sur l'état de la vision. J'ai vu moi-même des iris portant deux pupilles accidentelles, mais l'œil était amaurotique.

c. Cornéales. Boërhaave parle d'un homme dont la cornée avait la forme polyèdre et qui voyait triple chaque objet avec un œil : c'est ce qu'on pourrait appeler triplopie. « Boërhaave vidit hominem cuncta triplicata cernentem quia cornea polyedra erat » (Klanhold, de visu duplicato, p. 10). Weller a aussi admis une diplopie dépendant de la forme facettée de la cornée. Déjà Wolfius avait fait faire des lunettes à verres polyèdre, et il avait pu multiplier à volonté le nombre des images des objets, ce qui venait à l'appui de l'observation de Boërhaave. Haller néanmoins, fit observer qu'il y a des insectes dont les yeux sont multiples et les cornées facettées, et pourtant leur vision est simple.

Une tache sur le centre de la cornée peut quelquefois occasionner la diplopie (Weller). Lorsqu'une couche d'eau ou de chassie diaphane couvre la surface de la cornée, comme quand on pleure par exemple, si l'on regarde le soleil, ou une chandelle allumée, on voit double quelquefois. On voit bien, par ce qui précède, que l'étiologie de la diplopie est plus riche et plus importante en conséquences pratiques, que les auteurs ne l'avaient fait penser jusqu'à ce jour.

§ 4. *Caractères.* Le début de la diplopie est subit ordinairement. Il est précédé souvent de céphalalgie ou d'autres symptômes propres à la maladie qui l'occasionne. D'autres fois, la déclaration et même la marche de la vision double sont lentes ou bien intermittentes. Les caractères sont, les uns physiques, les autres physiologiques.

Physiques. 1° Déviation axuelle du globe oculaire, ou bien absence de cette circonstance suivant la nature musculaire ou autre de la maladie.

2° Iris, pupille, cornée et conjonctive dans l'état normal, ou bien plus ou moins altérées selon l'espèce de diplopie.

3° Paupière supérieure paralysée ou non.

Physiologiques. 1° Vision double dans le regard binocle ou monocle suivant la nature de la maladie. La fausse image est toujours moins nette que la réelle; elle est placée antérieurement, postérieurement, supérieurement, inférieurement, ou bien latéralement à la vraie image, suivant que l'axe optique a été dévié dans tel ou tel sens.

2° Disparition de la diplopie dans le regard monocle, si le phénomène dépend d'une affection musculaire. La diplopie de cette espèce disparaît aussi dans le regard binocle si l'on presse avec le doigt l'œil dévié, de manière à mettre son axe au niveau de l'autre, ou bien si l'on presse l'œil sain de manière à rendre sa ligne optique parallèle avec celle de son semblable.

3° Confusion dans la perception des images des corps durant les premières semaines de la diplopie. La double image occasionne d'abord un certain trouble assez pénible dans la vision à cause de leur netteté inégale. La lecture est impossible dans les premiers temps. L'expérience du toucher cependant fait bientôt connaître que l'image faible n'est pas la réelle. Le regard par conséquent se fixe de plus en plus sur l'image la plus vive, l'autre devient graduellement de plus en plus faible et par conséquent moins incommode; elle est entièrement négligée enfin, et le malade s'habitue à ne regarder qu'avec l'œil sain; le strabisme reste seul alors si la diplopie était musculaire.

4° Enfin, céphalalgie frontale et autres symptômes propres à la nature et au siége de la cause de la maladie.

Terminaisons. 1° Guérison complète.

2° Ambliopie et strabisme permanent ; c'est la terminaison la plus ordinaire.

3° Amaurose et ses conséquences.

§ 5. *Pronostic.* 1° Sous le rapport de la vision double, le pronostic est toujours favorable, car cet état se dissipe constamment dans l'espace de quelques semaines.

2° Relativement à l'état de la rétine, il est réservé ou fâcheux, car l'ambliopie ou l'amaurose en sont souvent la conséquence.

3° Relativement au globe de l'œil, le pronostic est le même que celui du strabisme.

4° Quant à la cause déterminante enfin, il est variable suivant la nature de celle-ci.

§ 6. *Traitement.* Il est évident par les détails précédens, que c'est moins contre la diplopie directement que contre la cause du strabisme aigu qui l'occasionne, ou bien qui dépravé la faculté sensitive de la rétine, que le traitement doit être dirigé, car la vision double n'est par elle-même qu'un phénomène de courte durée. Il est aussi manifeste que dans la diplopie irienne et cornéale l'art n'a pas grand'chose à opposer ; Adams pourtant, dans le cas que nous venons de citer, a divisé avec l'aiguille le pont de trois ouvertures iriennes en les convertissant en une, et a dissipé de la sorte la vision double. Envisagé de cette manière, le traitement de la diplopie est constitutionnel et local ; il convient tout autant à la diplopie, qu'à la paraplégie palpébrale et à certaines variétés d'amaurose.

1° *Constitutionnel.* Variable suivant les causes de la maladie et les circonstances individuelles de l'organisme.

A. Remèdes évacuatifs des différens systèmes organiques, savoir, circulatoire (saignées), digestif (émétiques, purgatifs), cutané (diaphorétiques, gymnastique), urinaire (diurétiques, eau fraîche bue en grande quantité), salivaire (salivation artificielle par le calomel donné intérieurement, six grains toutes les trois heures. Pamard.)

B. Antispasmodiques ; savoir, bains chands, tièdes, froids avec ou sans affusions sur la tête (Pamard); opiacés, musc, camphre, éther chez les convulsionnaires (Demours).

C. Spécifiques ; anti-syphilitiques (Boyer). Anti-rhumatismaux, colchique, etc. C'est à la sagacité du médecin à choisir à propos parmi ces remèdes.

2. *Local.* A. Révulsifs, vésicatoires au front, à la tempe, à la nuque (Boyer). Pommades éruptives à la tempe, au sourcil, à la base de la paupière supérieure.

Prenez.	Tartre stibié,	2 gros.
	Deuto-chlorure de mercure.	4 grains.
	Axonge, demi-once à une once. F. : pomm.	

Frictions d'huile de croton comme moyen éruptif aux mêmes endroits. Ventouses scarifiées ou sèches à la tempe, à la nuque (Larrey)

B. Stimulans. Galvano-poncture (Fabré-Palaprat). Vapeurs d'ammoniaque sur l'œil, à l'aide d'une fiole approchée de l'organe plusieurs fois par jour. Cautériser le sourcil et la paupière avec la potasse, qu'on traîne comme la pierre infernale (Poirson). Vapeurs de gaz acide sulfureux sur l'œil, en faisant brûler de la fleur de soufre sur un fer chaud (Boyer).

Il est à peine nécessaire d'ajouter que lorsque l'état aigu de la maladie a été dissipé, la lésion rentre dans les catégories du strabisme ou du prolapsus de la paupière.

Sur le traitement de la colique de plomb par l'huile de croton-tiglium ; par le docteur Bo, de Genève.

Un ouvrier âgé de 31 ans, d'une forte constitution, entre pour la première fois dans une fabrique de minium, le 6 octobre ; il ne prend aucune précaution, manie le plomb, en respire la vapeur. Au bout de quelques jours il éprouve de légères coliques qu'il néglige ; mais le mal va croissant, et l'homme se sent en danger de mourir ; on le transporte à l'hôpital : face pâle, yeux retirés au fond des orbites, douleurs très-aiguës dans tout le ventre, principalement à l'ombilic, avec plus d'acuité à la moindre pression de la main ; abdomen dur et serré dans toute son étendue ; langue sèche et chargée, constipation opiniâtre, urine en petite quantité, pouls petit, vibrant et dur. (*Saignée du bras* ℥ ij, *huile de ricin, fomentations.*)

Le lendemain, même état ; on ajoute une goutte d'huile de croton aux deux onces d'huile de ricin, fomentation, lavemens. La colique et la constipation persistent. Le soir trois gouttes d'huile de croton, ajoutées aux deux onces d'huile de ricin.

Le troisième jour, six gouttes d'huile de croton. Seconde saignée. — Tous les remèdes ne procurent aucun soulagement ; on peut obtenir à peine une faible évacuation alvine, et le malade allait de mal en pis. Il fallait prendre un parti et faire la médecine de la cause matérielle ; pour cela, deux moyens se présentaient : neutraliser le plomb avec l'acide sulfurique étendu, comme cela se fait dans le laboratoire, ou chasser par haut ou par bas le poison.

La neutralisation avait manqué plusieurs fois au docteur Bo, car l'estomac n'est pas une cornue, quoiqu'il en ait un peu la forme.

Tenter le vomissement était un moyen plein d'incertitude et dangereux. Probablement le poison avait dépassé l'estomac ; il ne restait donc que l'emploi d'un drastique très-énergique ; encore n'a-t-on pas à craindre de faire passer l'irritation des intestins à l'inflammation. Toutefois, dans une conjoncture aussi critique, il ne s'agit pas de prendre un parti infaillible, mais celui du succès le plus probable.

En conséquence, le médecin, après avoir augmenté la dose de l'huile de croton progressivement pendant six jours, arrive à vingt gouttes dans quatre onces d'huile de ricin, dont la moitié est prise le matin, et l'autre moitié le soir. Cette fois il survint des selles abondantes, et, chose remarquable, chaque selle était

suivie d'un prompt soulagement et de ramollissement du ventre. Cependant la langue restait toujours sèche et le pouls conservait ses vibrations, ce qui fit prescrire une troisième et une quatrième saignées du bras.

Le dixième jour du traitement, rémission satisfaisante de tous les symptômes. Le malade ne se plaint plus que de trop de sensibilité à l'attouchement du ventre. Pour éteindre cette irritation de la membrane muqueuse, on appliqua des sangsues au siége, et tout l'organisme revint à l'état normal, moyennant quelques pilules d'extrait d'opium pommeux. Le malade était parfaitement guéri quinze jours après son entrée à l'hôpital.

(*Repertorio medico-chirurgico del Piemonte.*)

GAZETTE MEDICALE

DE PARIS.

SEPTEMBRE 1836.

N° 36. — 3 Sept.

PHILOSOPHIE MÉDICALE.

Rapport sur le concours pour le prix d'anatomie pathologique fondé par Portal, au nom d'une commission composée de MM. Andral, Ribes, Cornac, Martin-Solon et Double; par M. Double, rapporteur (1).

Nous venons soumettre à la sanction de l'Académie les décisions de la commission chargée d'examiner les mémoires qui sont arrivés au concours pour le prix Portal *anatomie pathologique.*

Au mois de juillet 1833, l'Académie avait proposé, pour le sujet de ce prix, à décerner l'année suivante 1834, *cette question :*

« *Quelle a été l'influence de l'anatomie pathologi-*
» *que sur la médecine depuis Morgagni jusqu'à nos*
» *jours.* »

Mais on ne tarde pas à le sentir, le temps était bien bref pour une question aussi vaste, et le premier terme du concours étant arrivé, l'Académie, sans surprise comme sans découragement, dut proclamer l'insuffisance des efforts faits par MM. les concurrens; toutefois, convaincue intimement de l'importance de ce sujet, l'Académie le mit encore une fois au concours, et pour exciter autant qu'il était en elle l'ardeur des médecins hommes d'étude, elle voulut doubler à la fois et la durée du temps et la valeur de la récompense. Le concours fut donc prorogé au mois de juillet 1836 et la récompense élevée à la somme de 1200 francs.

Cette sage mesure a porté ses fruits. Quatre mémoires recommandables à différens titres, remarquables à des degrés divers, sont parvenus à l'Académie en temps utile. Chacun d'eux a son mérite particulier, et si la commission vient à se montrer sévère dans son jugement envers quelques-uns de ces mémoires, c'est qu'elle s'y trouvera contrainte par le besoin de rendre une plus éclatante justice à la valeur relative de chacun. Dans l'opinion de la commission, l'Académie aura obtenu cette fois un des brillans résultats dont les annales des concours académiques aient laissé l'exemple.

Gloire, honneur et graces soient rendus à l'illustre fondateur de ce legs. C'est longtemps encore du haut de sa chaire, au collége de France, que Portal attisera le feu sacré de l'anatomie pathologique. Du haut de cette chaire où, pour la première fois dans notre patrie, Morgagni fut signalé, expliqué, commenté. Du haut de cette chaire, autour de laquelle se sont successivement pressés comme disciples les Desault, Pinel, Corvisart, Bichat, Bayle, Dupuytren et plusieurs autres anatomo-pathologistes célèbres dont nous tairons ici les noms, seulement, parce qu'ils pourraient nous entendre, et à la modestie desquels nous demanderons toutefois la permission de les proclamer plus tard : alors notre rôle obligé d'annaliste fidèle nous servira d'excuse.

Évidemment Portal fut la souche de cette grande école. Et quand même on parviendrait à le dépouiller de tous ses autres titres à la gloire, celui-là suffirait encore à une grande illustration médicale.

Mais présentons une analyse rapide des mémoires venus au concours. Que si dans cette exposition concise, sentant qu'il est en nous de le faire, nous venons à bout de nos desseins, l'Académie tout entière aura, en quelque sorte assisté aux séances de la commission, et après avoir ainsi partagé nos travaux, peut-être partagera-t-elle aussi nos convictions.

Nous intervertirons le rang numérique d'inscription de ces mémoires, nous avons jugé plus méthodique d'en présenter l'analyse dans l'ordre du degré d'intérêt qu'ils nous ont offert.

Le n° 4, par rang d'inscription, a pour épigraphe cette sentence si encourageante de Virgile :

. . . . Labor omnia vincit
Improbus.

Par malheur, loin d'y avoir puisé des conseils et des inspirations, l'auteur y prépare, au contraire, sa propre condamnation.

Effrayé, en effet, par la tache que donnait le programme, l'auteur de ce n° 4 amoindrissant le sujet outre mesure, s'est aheurté à une maladie unique.

Sur les quatre grandes divisions du bel ouvrage de Morgagni, il en a éliminé trois, et dans l'autre, la première, celle qui traite des maladies du cerveau et de ses membranes, il n'a considéré que l'apoplexie.

Dans l'étude de cette maladie, il établit nettement ce que l'anatomiste de Padoue a fait de bien, de bon et de beau touchant la connaissance spéciale de l'apo-

(1) Nous publions ce rapport en entier parce qu'il sort de la ligne des rapports ordinaires par le fond et par la forme. Les idées originales et élevées qu'il renferme, rendues et commentées avec le talent ordinaire de M. Double, prépareront à la lecture de l'important ouvrage de M. Amador.

plexie : et en rapprochant de cette judicieuse appréciation les travaux successifs, les découvertes importantes et les perfectionnemens utiles des médecins modernes, il en fait ressortir les lumières que l'anatomie pathologique a répandues non point sur la médecine en général, comme l'avait voulu le programme, mais seulement sur l'apoplexie, « présumant, dit-il, que ce qu'il aurait reconnu et établi de l'influence de l'anatomie pathologique sur telle maladie, on ne pouvait s'empêcher de l'admettre plus ou moins pour telle autre. »

Analyse claire, méthodique, lumineuse, savante des recherches de Morgagni touchant l'apoplexie : exposition et rapprochement comparatifs des travaux des médecins modernes en anatomie pathologique sur cette seule maladie : tel est le résumé de ce mémoire sur lequel nous ne saurions fixer plus longtemps l'attention, par cette raison surtout qu'il n'a approfondi qu'un seul point dans le vaste cercle que l'Académie avait tracé à MM. les compétiteurs.

Le mémoire inscrit sous le n° 3 porte cette épigraphe empruntée à Morgagni :

« *Acres subtilioris anatomes adversarios cognovi,* » *ipsos inquam vidi, hanc de quâ nunc loquor anato-* » *men ut vocant practicam, non improbari, imò verum* » *medicinæ lumen esse dicere.* »

Ce que l'auteur du n° 4, que nous venons de faire connaître, n'a exécuté que pour l'apoplexie ; l'auteur du n° 3 que nous examinons l'a tenté sur les quatre grandes divisions de l'œuvre immortelle laissée par l'illustre professeur de Padoue et sur chacune des principales maladies que Morgagni a élucidées dans cet ouvrage. Mais ici ce que le mémoire a gagné en étendue et en complément, il l'a perdu en profondeur et en importance ; tout est un peu diffus, lâche, sans mouvement et sans vie dans ce travail ; où l'on retrouve cependant encore ce genre tout particulier d'intérêt inséparable du sujet lui-même.

L'auteur analyse froidement son Morgagni ; il donne en raccourci l'histoire des maladies, et il décrit dans le plus grand détail les ouvertures des corps qui les terminent. Dans notre opinion il y a sans contredit plus de profit et peut-être aussi moins de peine à lire l'ouvrage original lui-même.

Ensuite ce n'est pour ainsi dire que d'une manière accessoire que l'auteur signale les nombreuses et les riches acquisitions que l'anatomie pathologique a faites depuis Morgagni jusqu'à nos jours. Il en néglige et peut-être en méconnaît-il certaines, il s'appesantit trop sur quelques-unes ; il en apprécie mal quelques autres. Comme exposition et comme critique, ce travail, qui ne contient d'ailleurs rien d'original, rien qui lui soit propre, a moins de valeur que le précédent à beaucoup près : c'est assez dire qu'il échappe aux encouragemens qui sont à la disposition de l'Académie.

Le mémoire n° 1 dont l'épigraphe est ce passage de Baglivi :

« *Non opinandum, sed certò et attentè sciendum,* » *neque disputandum, sed experiendum qui natura faciat aut ferat* », embrasse la question bien autrement que les mémoires précédens.

Deux parties distinctes patagent à peu près également ce travail.

Dans la première partie l'auteur traite de l'influence qu'a exercé l'anatomie pathologique sur la science en général.

Dans la deuxième, il expose l'influence qu'elle a exercée sur la connaissance des maladies en particulier.

La première partie, celle qui concerne la science en général, est divisée en sept chapitres, dans lesquels l'auteur présente successivement l'état de la science à l'époque de Morgagni, l'influence de l'anatomie pathologique sur la connaissance du siége des maladies : l'influence qu'elle a eue sur la connaisance de la nature des maladies : son influence sur la direction du traitement : son influence sur les théories médicales et l'esprit philosophique qu'elle a développé parmi nous : l'exposition des méthodes qu'elle a mises en usage, enfin la détermination des erreurs qu'elle a introduites dans la science.

La deuxième partie, celle qui a pour objet l'influence de l'anatomie pathologique sur la connaissance des maladies en particulier, embrasse dans six chapitres différens les maladies de l'appareil cérébro-spinal, de l'appareil circulatoire ; de l'appareil respiratoire, de l'appareil digestif et de ses dépendances ; les maladies générales et de quelques tissus, et finalement l'influence de l'anatomie pathologique sur quelques parties spéciales de la pathologie et son application à plusieurs branches des sciences médicales.

On le voit déjà, le plan de ce mémoire méthodiquement conçu, embrasse bien la totalité de la question ; il la suit dans toutes ses parties, et l'examine sous tous ses points de vue. Dans le premier chapitre l'auteur explique en ces termes le goût rapidement accru en France de l'anatomie pathologique. Il fait sentir combien la tendance générale des esprits devait y favoriser alors les progrès de ces études. Les doctrines sensualistes y étaient arrivées par degrés à l'empire universel ; et de même qu'on croyait pouvoir tirer toute morale du traité des Sensations, on devait *a fortiori* penser que la science de l'homme malade est tout entière dans l'anatomie pathologique. Le sensualisme avait ses historiens, ses politiques, ses moralistes, ses physiologistes ; comment n'aurait-il pas eu ses pathologistes ?

Pour la plupart des chapitres que nous avons indiqués, l'auteur est entré dans de justes, dans de lumineux développemens, qui ont satisfait la commission.

Le hasard, l'ordre numérique, et peut-être aussi l'effroi causé par la vue d'un énorme manuscrit, que deux justes volumes d'impression pourraient contenir à peine, font que tous les juges du concours ont lu le n° 1 avant le n° 2, et chacun de nous avait déjà pensé que le n° 1 présenterait peut-être assez de valeur, assez d'importance pour mériter d'être couronné.

Toutefois, chacun avait remarqué déjà que, sur plusieurs points et dans quelques chapitres, l'auteur posait bien ses questions, mais qu'il les approfondissait mal,

et qu'il n'en établissait pas toujours suffisamment les solutions.

Peu nourri peut-être des faits comparatifs de la pratique, il traite de surannées et regarde comme vicieuses des méthodes dont une judicieuse application donne, dans les cas d'indication véritables, de très-heureux résultats. Dans ce travail, l'auteur n'a guère tenu compte que des recherches des médecins français, ce qui le conduit entre autres à des propositions souvent contestables. On signale encore dans ce mémoire des assertions hasardées, certaines propositions mal sonnantes et qui décèlent une connaissance trop superficielle de quelques auteurs classiques.

En général, au milieu de l'inquiète agitation des esprits, le calme manque à la lecture dans notre époque ; et trop souvent la culture a failli à nos productions.

Mais qu'est-il besoin de chagriner davantage l'auteur par le récit de nouvelles fautes de détail?

Le n° 2 est là qui, dans *l'unanime* conviction des juges enlève la palme sans contestation : voici ses titres; il a choisi pour épigraphe ce passage du précis d'anatomie pathologique de M. Andral : « *L'anatomie pathologique n'est qu'un des nombreux points de vue sous lesquels peut être envisagée la science de l'homme malade.* »

Remarquons-le tout d'abord : cette épigraphe n'est point une vaine formalité, c'est comme l'inscription de l'édifice qui en indique la nature et l'usage. L'auteur, en effet, ne s'est pas borné à faire l'apologie de l'anatomie pathologique : saisissant bien et la lettre et l'esprit du programme, il a embrassé la question dans toute sa latitude, il a dominé son sujet dans toutes ses parties.

Nous n'avons ni le dessein ni la mission de donner à l'Académie une analyse minutieuse de ce mémoire. C'est un travail de longue haleine, de haute portée, et dans lequel les faits, les principes, les idées et les raisonnemens se lient et s'enchaînent de manière à rendre au moins très-difficile toute analyse. Ce travail, nous ne craignons pas de le dire, est l'appréciation la plus complète, la plus large, la plus philosophique et la plus juste qui ait encore été faite de l'anatomie pathologique.

Mais la tâche nous a été donnée de mettre en relief le plan de l'auteur, de faire connaître sa méthode, et d'exposer les idées mères qui fécondent son œuvre. Essayons.

A la faveur de deux ou trois principes de haute analyse, l'auteur a déroulé d'abord les mouvemens progressifs de la science médicale en général, et ensuite de l'anatomie pathologique en particulier. Comme il avait à examiner l'influence de l'anatomie pathologique sur la médecine, en logicien puissant, il a vu que la question comprenant deux termes, *anatomie pathologique et médecine*, force était d'en bien fixer le sens, et d'établir les véritables rapports qui les unissent toutes deux, à ce point de les rendre inséparables l'une de l'autre, et de ne constituer qu'une seule et même science agrandie, élucidée, complétée par la succession des temps et des recherches.

Une pensée n'abandonne jamais l'auteur, c'est de de faire partout sentir comment l'anatomie pathologique s'est associée à la médecine ; par quels liens l'une et l'autre se rapprochent, s'enchaînent, se confondent. Cette pensée, il la suit dans l'ensemble et dans les détails ; en fait comme un droit ; dans l'histoire ainsi que dans la spéculation ; dans la pratique aussi bien que dans la théorie scientifique.

Cette vue, la seule qui, en éclairant le problème, fût capable de dominer à la fois et d'expliquer les détails, cette vue, dis-je, amène l'exposition de plusieurs lois de développement historique de la médecine, et c'est là que nous allons à présent suivre l'auteur.

La science médicale et son histoire qui n'est que la science en action et en mouvement, comprend trois élémens distincts.

1° L'élément phénoménal, externe, symptomatique.

2° L'élément matériel, organique.

3° L'élément vital, moteur ou dynamique.

Or, la science médicale, d'après l'auteur, a parcouru pour chacun de ses élémens les mêmes phases historiques, et retrouvé sur tous, par de voies diverses, des vérités analogues. De plus, de même que sur d'autres points la science est arrivée successivement au solidisme, à l'humorisme et au vitalisme, de l'anatomie même pathologique, d'abord solidiste, est devenue ensuite humoriste et s'élève maintenant à un vitalisme bien compris.

La salutaire influence de l'anatomie pathogique sur chacun de ces systèmes, à mesure qu'elle les a pénétrés, vivifiés, n'est point problématique. Voyez, par exemple, ce qu'était le solidisme avant Morgagni, et comparez les formes qu'il a revêtues depuis.

L'anatomie pathologique a donc parcouru, d'après l'auteur, les mêmes phases que la médecine en général. C'est, nous devons le dire, une vraie jouissance intellectuelle, que de suivre dans le mémoire le développement et les preuves de cette proposition, savoir : que l'anatomie pathologique a successivement revêtu le caractère et comme la couleur des trois ou quatre idées mères qui, à diverses époques, ont dominé la science. L'influence de l'anatomie pathologique sur la médecine n'a donc pas été partielle, restreinte, limitée ; elle ne s'est pas bornée au diagnostic, au pronostic, à la thérapeutique des maladies. Cette influence a été plus relevée, plus intime, plus générale. Les grands faits dominateurs de la science, ce qu'on nomme les systèmes, en ont aussi ressenti la puissance. L'auteur le démontre par les preuves directes et par les déductions analogiques que l'histoire a pris soin d'enregistrer, à mesure que la science organique s'est faite solidiste, humoriste, vitaliste.

De l'influence sur les systèmes, l'auteur passe à l'influence que l'anatomie pathologique a exercée sur les *méthodes*. Il fait voir, par exemple, tout ce que la méthode organique a introduit de précision dans l'investigation, dans l'exposition des phénomènes, et comment elle a si heureusement régénéré l'esprit d'observation lui-même.

Une autre loi du développement historique se pré-

sente ici, loi en vertu de laquelle, en médecine, tout fait tant soit peu large finit par se convertir en système.

Les faits à la main, l'auteur proclame cette loi dont l'anatomie pathologique et son histoire moderne fournissent tant de preuves. Il trace alors un historique de cette science, non historique de détails, toujours incomplet, toujours facile, mais un historique où les époques sont marquées par des idées dominatrices, et qui deviennent alors comme les colonnes miliaires de son histoire.

C'est ainsi que, de Bonnet à Morgagni, on cherche la cause de la mort dans les autopsies. A Morgagni, l'anatomie pathologique pénètre dans la *séméiotique*, et sert déjà à l'interprétation de la maladie. A Bichat enfin, la mort, la maladie, la santé, la vie et son mécanisme, tout se trouve expliqué par elle; tant les études sur la formation anormale des tissus répandent de clarté sur leur formation normale elle-même. Ainsi l'anatomie pathologique s'insinue, entre, pénètre successivement dans la médecine, d'abord par l'étude de la mort, plus tard par l'observation de la maladie, et de nos jours enfin par les méditations sur la vie elle-même. Pathologie, séméiologie, physiologie, elles influent toutes les sciences, les vivifie, les restaure, les lie entre elles en les rendant solidaires, et cela autant pour les vérités acquises déjà, que pour celles dont l'esprit humain fera désormais la conquête.

Mais l'époque où l'anatomie pathologique, égarée par sa propre fortune, trompée par ses prétentions exagérées allait se convertir en système, approche; c'est la doctrine de l'irritation qui la réalise.

Un grand combat s'établit, il se prolonge pendant vingt ans, et les vives discussions auxquelles il donne naissance font surgir une école toute de modération, véritable école éclectique en anatomie pathologique, et à la tête de laquelle l'auteur place MM. Cayol, Ribes, Andral, Cruveilhier et d'autres. C'est à cette école que l'on devra, dit l'auteur, d'avoir fixé les utiles acquisitions de la victoire.

Arrivé à ce point de la question, l'auteur aborde l'étude partielle des influences de la science organique sur chacune des parties de la médecine. Une remarque à faire ici, c'est le soin extrême qu'il apporte, et le rare bonheur avec lequel il arrive à formuler les faits, à les réduire en idées, à les concentrer pour n'en offrir que la pure substance, évitant ainsi les minutieux détails qui, dans une question semblable, eussent été infinis. Ce qui imprime encore à cette deuxième partie un caractère spécial, c'est que les questions y sont résolues par les mêmes principes de haute analyse qui, dans la première partie, ont servi à l'auteur d'instrument et de guide.

En pathologie générale, par exemple, c'est à l'anatomie pathologique seule que l'on doit la connaissance exacte de l'un des élémens constitutifs de la maladie, l'élément organique. De là la nécessité de cet ordre de recherches pour la solution plus ou moins satisfaisante de tous les problèmes morbides.

Dans cette partie aussi bien que dans les autres, les travaux en anatomie pathologique d'Andral, Bouillaud, Cayol, Cruveilhier, Corvisart, Dupuytren, Lobstein, Louis, Meckel, Ribes, Rochoux, Serres et d'autres, ont été tous mis à juste contribution.

Mais, comme d'un autre côté, il y a très-souvent défaut de parallélisme entre les faits qui ressortent des trois élémens constitutifs de la maladie, comme l'altération organique n'est pas toujours en rapport ni avec la lésion fonctionnelle, ni avec la perturbation dynamique, l'insuffisance de l'anatomie pathologique dans ces cas est une conséquence inévitable. De là aussi le grand nombre de problèmes à résoudre encore, de doutes à éclaircir, d'erreurs à éviter, de mystères à pénétrer en pathologie, en thérapeutique, malgré les vives lumières que l'anatomie pathologique a répandues sur toutes ces sciences. On peut juger par là comment l'auteur expose, commente, justifie, explique à la fois la *nécessité* de l'anatomie pathologique et son *insuffisance*.

Pour l'auteur, en effet, l'anatomie pathologique dans ses rapports avec la pathologie et la thérapeutique n'est souvent que la confirmation, la légitimation et l'explication des vérités pressenties ou découvertes par la médecine ancienne. L'antiquité, dit-il, est en médecine la source première de toutes les vérités sinon de toutes les découvertes; c'est ainsi que beaucoup de dogmes anciens se sont trouvés vrais, profondément vrais, même après les travaux de la médecine organique : en sorte qu'en pathologie, en thérapeutique, en physiologie, en anatomie pathologique, un grand nombre de découvertes capitales, beaucoup de vérités importantes se sont montré congénérés; et que ce que l'antiquité nous avait revelé touchant une infinité de problèmes tels que l'instabilité des causes morbides, le peu de fixité des signes, l'existence des diathèses, des crises, des constitutions, etc., tout cela a pu être dit, répété, confirmé, par les études organiques elles-mêmes.

Dirons-nous à présent que ce mémoire qui nous a tous si vivement saisis d'admiration n'est pas exempt de taches? Qui en doute? Il n'est pas un seul de ses juges qui ne lui ait reproché d'être prolixe. Cette prolixité est dans le style qui laisserait soupçonner que l'auteur n'est pas d'origine française. Elle est aussi dans les idées; l'auteur n'aura pas moins que nous senti leur importance; il aura voulu les mettre en toute saillie, en toute valeur; et il les a rendu diffuses pour avoir voulu les faire trop évidentes.

Mais la commission oublierait-elle à son tour que des limites lui sont aussi imposées même par l'attention toute bienveillante de ses collègues; et ces limites, par malheur, ne les a-t-elle pas déjà dépassées?

Concluons :

La commission a l'honneur de proposer à l'Académie :

1° D'adjuger le prix au mémoire n° 2.

2° D'accorder une mention honorable, plus la grande médaille en bronze de Portal à l'auteur du mémoire n° 1.

3° De nommer une commisson qui, après la séance publique annuelle, proposera les auteurs des mémoires numéros 1 et 2 aux places de membres correspondans de l'Académie s'ils ne le sont déjà.

4° Enfin de publier les deux mémoires numéros 1 et 2 aux frais de l'Académie et dans ses fascicules.

Paris, 26 juillet 1836.

Signé : Andral, Cornac, Ribes, Martin-Solon et Double, rapporteur.

Mémoire sur la détermination des diverses espèces de luxations de la rotule, leurs signes et leur traitement; par J.-F. Malgaigne, professeur agrégé à la Faculté de Paris, chirurgien du bureau central.

(Troisième article. — Voir le n° 28 et 30.)

IV. *Luxation incomplète en dehors.*

Nous avons vu que J.-L. Petit, le premier qui ait donné la séméiologie des luxations de la rotule, a décrit en réalité des luxations incomplètes. « Lorsqu'elle est luxée en dedans, dit-il, la cavité externe de la rotule ou celle qui recevait le condyle externe du fémur se trouve sur le condyle interne ; et au contraire dans la luxation en dehors, c'est la cavité interne de la rotule qui reçoit le condyle externe du fémur. » Telle est la description primitive, suivie par tous les écrivains qui n'ont fait que la compléter. Ainsi Monteggia professe que, dans la luxation incomplète externe, le bord interne de la rotule s'enfonce dans le sillon qui sépare les condyles antérieurement ; et la facette interne est appliquée contre la partie la plus interne du condyle externe jusqu'à la saillie médiane de la rotule ; la facette externe de cet os restant soulevée et regardant plus ou moins en dehors, la face antérieure tournée obliquement en avant et en dedans. Boyer n'a pas compris comment la rotule ainsi placée ne retournerait pas spontanément à sa place; et pour expliquer la fixité de la luxation, il a pensé que l'éminence verticale qui partage en deux la face postérieure de la rotule devait dépasser le bord externe de la poulie articulaire. Il a noté d'ailleurs comme un symptôme constant l'extension de la jambe.

La première objection à cette théorie résulte de la conformation de la rotule même. Comme il n'y a pas de facette interne concave, et qu'elle est remplacée par deux facettes, les rapports de la rotule avec le condyle externe ne sauraient être exactement ceux que les auteurs ont donnés. En examinant cette articulation sur le cadavre, et essayant de luxer incomplétement la rotule en dehors, on trouve : 1° que la rotule peut être poussée très-légèrement en dehors, en sorte que sa facette moyenne soit appliquée sur la partie externe de la poulie articulaire ; alors ce n'est point son bord interne qui répond au centre de cette poulie, mais bien la saillie verticale qui sépare ses deux facettes internes. Nous pouvons assez facilement produire ce déplacement sur nous-mêmes, quand, la jambe étendue, nous poussons la rotule en dehors ; mais elle revient à l'instant même à sa place ; et il ne paraît pas qu'un déplacement de ce genre puisse avoir lieu d'une manière permanente.

2° En augmentant l'impulsion en dehors, on arrive à appliquer contre la partie externe de la poulie articulaire la véritable facette interne de la rotule. Mais alors sa facette moyenne fortement relevée n'est plus en contact avec le condyle ; la rotule obliquement placée regarde beaucoup plus en dedans qu'en avant par sa face antérieure, et se rapproche de la position *de champ ;* et ce qu'il y a de plus essentiel à noter, c'est que ce n'est point son bord interne qui se trouve placé entre les condyles et qui la fixe dans sa position nouvelle ; c'est son angle supérieur et interne qui, fiché dans le creux sus-condylien d'une manière plus ou moins solide, forme le principal obstacle à la réduction. Ce déplacement ne saurait avoir lieu sans déchirure de la capsule, au moins dans sa portion interne.

3° Enfin on peut placer la rotule à cheval sur le rebord externe de la poulie articulaire, comme Léveillé se la figurait dans la luxation complète ; mais jusqu'à présent aucun fait n'a démontré, sinon la possibilité, du moins l'existence d'un semblable déplacement. On lit bien dans Ravaton l'histoire d'un cavalier qui monté sur un cheval fougueux alla toucher un mur avec sa rotule droite, et chez lequel cet os « fut porté du côté externe, faisant saillie de plus de trois pouces. » Mais cette saillie énorme qui ne s'explique ni dans la luxation complète, ni dans la seconde variété de déplacement incomplet que nous venons d'examiner, est même impossible à concevoir d'aucune manière ; la rotule qui n'a pas deux pouces dans son plus grand diamètre, ne saurait faire une saillie de plus de trois ; et Ravaton, en écrivant cette histoire, a certainement été trompé par ses souvenirs.

Il ne reste donc en réalité que le second mode de déplacement incomplet, l'angle interne de la rotule se trouvant fiché dans le creux sus-condylien ; sa face antérieure regardant en avant et surtout en dedans, en sorte qu'on pourrait donner à ce déplacement le nom de *luxation oblique.* Je n'admets point que le bord interne de la rotule puisse se tenir dans la poulie articulaire, comme l'ont cru tous les auteurs, par ces deux raisons principales : premièrement, que la jambe serait constamment fléchie, tandis qu'elle est le plus souvent étendue ; secondement, c'est que le contact de deux portions osseuses aussi lisses et polies ne saurait rendre compte des difficultés qu'on éprouve quelquefois à réduire. Si donc, dans les observations qui suivront, on trouve répétée cette idée inexacte, c'est que nous avons cru devoir, dans une question si obscure, reproduire littéralement le petit nombre de faits observés, en faisant toutes réserves contre certaines doctrines des observateurs.

Je n'ai trouvé que bien peu d'histoires détaillées de ces luxations incomplètes, que Boyer croyait plus fréquentes que les complètes. Plusieurs écrivains en parlent comme s'ils en avaient vu ; on ne peut que regretter alors qu'ils ne nous aient pas fait jouir du fruit de leur expérience ; car la science en a vraiment besoin.

Le premier cas de ce genre appartient à Jean Sue, et a été publié par P. Sue dans ses *observations sur quel-*

ques maladies des os. L'observation est d'ailleurs si incomplète et si mal rédigée, qu'aux yeux de quelques lecteurs la nature de l'affection pourra bien rester douteuse.

Obs. XII. — Le 13 septembre 1752, M. J. Sue fut appelé dans l'île St-Louis, pour y voir et visiter le fils de M. Morin. Ce jeune homme, âgé d'environ 20 ans, se plaignait de vives douleurs au genou droit, tellement qu'il était obligé de tenir toujours la jambe étendue; il ne pouvait tenter la plus légère flexion sans augmenter considérablement ses douleurs. Interrogé sur la cause de son accident, il répondit qu'en badinant avec un de ses amis, il avait fait un écart forcé de la jambe droite, et que dans le même moment il avait ressenti à l'os du genou un mouvement extraordinaire, suivi d'une extrême douleur.

Sur ce rapport, M. Sue examina la partie lésée, et distingua très-bien un renversement aux deux tiers de la rotule *de dehors en dedans*, sans aucune apparence de rupture aux ligamens qui l'attachent. Il se disposa alors à tenter la réduction de cet os. Après avoir fait coucher le malade sur un lit et assujétir sa jambe par deux aides, il poussa d'une main avec ses doigts la partie interne de la rotule vers le bord qui touchait à l'articulation du tibia avec le fémur, tandis qu'avec les doigts de l'autre main, il baissa extérieurement le bord opposé de cet os en le poussant un peu obliquement. De cette manière il réduisit facilement, et en très-peu de temps la rotule, et le malade fut entièrement soulagé. M. Sue appliqua ensuite sur la partie des compresses trempées dans l'eau de boule et soutenues par un bandage contentif. Il saigna le malade et lui ordonna le repos et un régime convenable. Par ce moyen il fut entièrement guéri au bout de 15 à 20 jours, et en état de vaquer à ses occupations ordinaires (1).

Sue a intitulé ce fait : *Observation sur un renversement aux deux tiers de la rotule droite sans rupture de ses ligamens.* Cette interprétation de la position de la rotule nous paraît démentie par le passage où il est dit que le chirurgien *baissa extérieurement le bord opposé* (le bord externe) de la rotule, *en le poussant un peu obliquement.* D'ailleurs ce renversement de la rotule, sur lequel nous reviendrons plus tard, n'est prouvé par aucun fait, et paraît à peine dans l'ordre des choses possibles. Quant à l'intégrité prétendue des ligamens, elle est appuyée sur d'aussi fortes preuves que le renversement, et l'anatomie démontre qu'elle ne saurait subsister.

Si, comme nous le croyons, c'était là un simple déplacement incomplet en dehors, ce déplacement peut donc avoir lieu par un effet musculaire. Le mécanisme n'en est pas facile à saisir; probablement tandis que le vaste externe agit pour entraîner la rotule en dehors, comme dans la luxation complète, il est arrêté par une contraction supérieure des autres muscles, et principalement du droit antérieur qui attirent la rotule en haut dans sa position oblique, et engagent son angle interne dans le creux sus-condylien. La réalité de cette cause est d'ailleurs mise hors de doute par un autre fait communiqué à l'Athénée de médecine par M. Moreau, en 1818.

Luxation incomplète par l'action musculaire (1).

Obs. XIII. — Un colonel d'artillerie voulant croiser ses jambes l'une sur l'autre, s'est luxé la rotule qui s'est trouvée placée presque de champ; une douleur très-vive s'est aussitôt manifestée; les efforts du malade ont suffi pour opérer la réduction de cette luxation. Le lendemain il y avait du gonflement qui a cédé aux moyens appropriés. Douze ans auparavant, le même accident s'était manifesté chez ce militaire.

J'ai consulté M. Moreau pour avoir d'autres détails; mais ils étaient échappés de sa mémoire. Il n'a pas même pu me dire si la luxation était en dedans ou en dehors; mais la nature de la cause qui l'a produite et la rareté des luxations incomplètes en dedans permettent de présumer qu'elle était en hehors.

Une circonstance qui frappe dans ces deux cas, est la facilité de la réduction. Cela tiendrait-il aux circonstances dans lesquelles la luxation a eu lieu? la question est plus aisée à poser qu'à résoudre, sur tout avec des faits aussi peu circonstanciés. Toutefois elle me paraît d'autant plus digne de fixer l'attention, que la même facilité s'est retrouvée dans l'observation suivante, dont je dois la communication à l'amitié de M. Robert.

Luxation par l'action musculaire; réduction facile; par M. Robert.

Obs. XIV. — Dans le courant de février 1829, une domestique âgée de 20 ans, d'une constitution lymphatico-sanguine, descendait un escalier, chargée de vaisselle, lorsqu'elle sentit tout à coup un craquement très-douloureux dans le genou droit. Elle ne tomba pas, mais la douleur l'empêcha de continuer sa marche. Je la vis le lendemain avec mon collègue et ami M. le docteur Requin.

La jambe était dans l'extension, et le moindre effort que l'on faisait pour la fléchir sur la cuisse, causait d'assez vives douleurs. La région rotulienne formait une saillie plus considérable, moins arrondie et placée plus en dehors que dans l'état normal. Malgré le gonflement qui commençait à se développer, on reconnaissait facilement que la rotule était luxée incomplétement en dehors; sa face sous-cutanée, au lieu de regarder en avant, était inclinée en dehors; son bord externe faisait une forte saillie au devant du condyle fémoral externe, sans cependant le dépasser sensiblement en dehors, ce qu'il était facile d'expliquer par la forte obliquité de la rotule. En dedans on sentait une portion de la face articu-

(1) Observations sur quelques maladies des os; par P. Sue, à la suite de la clinique de Desault, par Cassius, t. 2, p. 392

(2) Bibl. méd. t. 60, p. 198.

laire antérieure du fémur; mais le gonflement empêchait d'en bien reconnaître la formation.

Le genou gauche, comparé au droit, parut dans un état de bonne et régulière conformation.

La réduction de ce déplacement fut des plus faciles. Pendant que mon confrère, saisissant le bas de la jambe, la soulevait fortement pour fléchir le membre sur le bassin, je soutenais d'une main la face interne et inférieure de la cuisse, et avec la face palmaire de l'autre, je poussais fortement la rotule de dehors en dedans. Cet os rentra avec bruit dans sa position naturelle. L'inflammation fut très-modérée, et n'exigea que de simples résolutifs pendant une quinzaine de jours.

Mon confrère M. Requin m'apprit que l'année précédente cette fille avait éprouvé une accident semblable; que la luxation, méconnue d'abord, n'avait été réduite qu'au bout de trois semaines. Pour en éviter le retour, il conseilla l'emploi d'une genouillère. Depuis lors, nous n'avons pas appris qu'il lui fût rien survenu (1).

« De prime abord, dit-il, il me parut singulier qu'un pareil déplacement eût pu s'opérer par le seul effet de la contraction musculaire, dans une articulation en apparence bien conformée, et les ligamens étant sains lorsque cette fille s'était luxé la rotule pour la première fois. Mais en réfléchissant au mécanisme de l'articulation du genou, il m'a semblé que l'on pouvait l'expliquer assez facilement. En effet, la jambe formant avec la cuisse un angle obtus saillant en dedans, le ligament rotulien qui est placé suivant l'axe de la jambe, et la résultante de l'action des muscles triceps et droit antérieur qui répond à l'axe de la cuisse, forment également un angle obtus. Pendant la contraction des muscles extenseurs, la rotule doit donc nécessairement être portée plus ou moins en dehors, suivant la résultante de ces deux lignes obliques. Une expérience bien simple, et que j'ai souvent répétée, m'a prouvé que les choses se passent ainsi. Lorsque l'on place la main sur la rotule d'un individu maigre et bien musclé, et qu'on lui fait contracter brusquement les muscles extenseurs, on sent la rotule se porter manifestement en dehors. Or, *chez quelques personnes*, j'ai trouvé ce mouvement si étendu, qu'il m'a paru hors de doute qu'une contraction musculaire instantanée et violente pût luxer la rotule en dehors. Toutefois, j'ajouterai qu'un peu d'étroitesse des condyles fémoraux ou de laxité du ligament rotulien, ou qu'une cambrure trop prononcée de la jambe, m'a plusieurs fois paru coïncider avec ce déplacement très-étendu de la rotule, dans les expériences que j'ai faites.

» Je ne pense donc pas qu'il soit nécessaire de recourir à l'ingénieuse hypothèse que vous avez proposée pour expliquer ces luxations, et d'admettre avec vous une contraction spasmodique du muscle vaste externe. Je ne serai même disposé à adopter votre explication, qu'après que vous aurez établi par des faits la possibilité des luxations de la rotule en dedans par la seule action musculaire; le vaste interne, par son volume prédominant, me paraissant plus propre que l'externe à agir sur cet os. »

Je regrette de me trouver en opposition sur ce point avec un aussi habile observateur. Mais dans une articulation bien conformée, jamais la résultante de la direction du ligament rotulien et de l'action des muscles ne s'écarte assez de la poulie articulaire pour porter la rotule en dehors du condyle externe. Ceci peut bien avoir lieu quand les ligamens sont relâchés; c'est qu'alors la rotule est portée fort au dessus des condyles et ne trouve plus aucun obstacle qui l'empêche de glisser en dehors; de là même la facilité des récidives. Je reviendrai d'ailleurs sur cette question en traitant des luxations spontanées.

Dans cette observation, comme dans celle de M. Moreau, il s'agit d'une récidive, ce qui laisse présumer que les ligamens étaient affaiblis dès la seconde luxation, et peut-être déjà un peu relâchés dès la première. Cette laxité présumée favoriserait-elle la luxation incomplète par l'action musculaire, et servirait-elle à expliquer aussi la facilité des réductions? Toujours est-il que, dans les observations qui nous restent à étudier et dont les détails offriront un grand intérêt sous le rapport de la symptomatologie et du traitement, la cause efficiente a toujours été un choc extérieur, et, à part un cas où les ligamens étaient relâchés, la réduction n'a été obtenue qu'avec de grandes difficultés.

Luxation incomplète produite par un choc extérieur; par Boyer.

Obs. XV. — Un jeune homme de 16 à 18 ans, d'une grande stature, fit une chute en courant dans un corridor; la partie interne du genou heurta violemment contre l'angle d'une malle, ce qui produisit une luxation incomplète de la rotule en dehors. Le chirurgien ordinaire de la maison fut appelé; mais soit qu'il ne reconnût pas la luxation, soit qu'il ne se crût pas capable de la réduire, il ne voulut rien entreprendre sans avoir l'avis et l'assistance de Sabatier. Ce célèbre professeur fut d'abord incertain sur l'espèce de déplacement que la rotule avait éprouvé; mais après avoir examiné les choses avec plus de soin, et réfléchi sur les phénomènes de la maladie, il reconnut sa nature et son espèce; il tenta alors la réduction; mais tous ses efforts ayant été inutiles, je fus appelé. Voici dans quel état étaient les choses à mon arrivée; le malade était couché sur un lit, la jambe étendue et élevée par des oreillers; la conformation ordinaire du genou était altérée, la rotule formait une tumeur sensible en avant du bord externe de la poulie articulaire du fémur; devant le bord interne de la même poulie, il y avait un enfoncement dans le fond duquel on pouvait sentir avec le doigt ce même bord de la poulie. La direction de la rotule était changée de manière que sa face antérieure était inclinée en dedans et son bord externe

(1) En m'envoyant cette observation intéressante, M. Robert a bien voulu y joindre quelques réflexions touchant la théorie que j'ai cru devoir admettre pour les luxations complètes; je m'empresse de les mettre sous les yeux du lecteur.

en devant; enfin la facette articulaire externe de la rotule pouvait être reconnue au toucher à travers les tégumens qui la recouvraient. A ces signes, on ne pouvait méconnaître la luxation incomplète de la rotule en dehors. Pour la réduire, j'employai le procédé que j'ai décrit plus haut (celui de Valentin); les deux premières tentatives furent infructueuses, mais à la troisième l'os rentra dans sa place naturelle et tous les signes de la luxation disparurent; le malade put alors fléchir et étendre la jambe librement. L'articulation fut entourée de compresses trempées dans une liqueur résolutive, soutenues par un bandage roulé; le jeune homme garda le lit pendant huit jours, put ensuite se lever et marcher, et n'a pas éprouvé depuis le moindre symptôme qui puisse faire craindre une récidive.

Le symptôme sur lequel nous fixerons l'attention, est l'extension de la jambe. Boyer regardait cette extension comme constante, assertion un peu hardie pour lui qui n'avait vu qu'un seul fait. En s'éclairant des lumières de l'anatomie, on peut dire que quand le ligament rotulien n'aura que sa longueur normale, la rotule fixée au-dessus de la poulie cartilagineuse du fémur retiendra la jambe étendue; mais si ce ligament est relâché, ployé, la jambe conservera un degré de flexion qui sera toujours en proportion de cet allongement. S'il n'y a pas quelque exagération dans les termes, cette disposition était portée au plus haut degré chez une femme observée par Monteggia.

Luxation incomplète en dehors; flexion de la jambe; réduction spontanée; par Monteggia.

Obs. XVI. — La luxation était survenue par une chute sur le genou. Le bord externe de la rotule relevé faisait saillie au-devant du condyle externe, et le bord interne était enfoncé entre les condyles; la rotule dans cette position se mouvait avec un craquement assez rude sur le condyle externe durant l'exploration que je faisais, principalement quand je pressais sur la saillie du bord externe de l'os luxé; cette pression le faisait un peu céder et imprimait à la rotule comme un mouvement de bascule. Tandis que je palpais ainsi le genou pour me mettre au fait de la nature de l'accident, la malade se tenait assise et la jambe en demi-flexion. L'ayant fait ensuite deshabiller pour la mettre au lit, il arriva que, ne pouvant l'y faire porter parce qu'elle était trop lourde, elle fut obligée de s'appuyer un moment sur sa jambe, étendue et redressée, et dans ce moment elle sentit la rotule se mouvoir et retourner à sa place; et en effet, l'ayant examinée dès qu'elle fut au lit, je trouvai la réduction accomplie.

Voilà, pour les luxations de la rotule, un de ces cas de réduction spontanée qu'on a observés également dans d'autres articulations, et qui n'ont pas même donné à réfléchir aux chirurgiens qui en ont rapporté l'histoire. Tandis que dans l'observation précédente, un grand chirurgien avait échoué, un second n'avait réussi qu'après deux tentatives infructueuses; ici l'os se réduisit de lui-même sans efforts, et par un mécanisme assurément bien différent de la méthode généralement admise. Sans doute la laxité des ligamens, attestée par la flexion de la jambe, a pu aider à cet effet; mais de quelle manière? voilà ce qu'il est important d'éclaircir dans l'intérêt de l'art.

Avant d'entrer dans cette discussion, il n'est pas hors de propos de rappeler que c'était un procédé analogue qu'avaient recommandé les premiers chirurgiens qui ont parlé des luxations rotuliennes. Il faut, dit Hali-Abbas, copié par Avicenne, que le pied soit posé à plat sur le sol, et que l'on fasse la réduction. Guy de Chauliac et les Arabistes jusqu'à A. Paré, tiennent le même langage. Jean de Vigo seul s'en écarte en ce qu'il veut que le malade soit assis. Du reste, aucun fait n'a même été allégué en faveur de ces anciennes méthodes, et nous avons dit qu'on ne sait si ces auteurs ont voulu parler de luxations complètes ou incomplètes.

Lorsque la rotule est chassée de sa position par un choc violent, et qu'elle s'arrête au déplacement incomplet, il faut admettre une résistance qui l'a empêchée de se luxer parfaitement. On peut accuser à la fois la force médiocre du coup, la résistance des ligamens et la résistance des muscles. Le peu de force de la cause luxante peut toujours être alléguée, mais toujours aussi elle doit se combiner avec les autres résistances. Si la rupture de la portion interne de la capsule, observée par Sir A. Cooper, se rapporte à une luxation incomplète, ce qui est probable, la moitié externe restée intacte expliquerait pourquoi l'os ne s'est pas complétement déplacé; mais elle ne rendrait pas compte des difficultés de la réduction par la méthode ordinaire, puisque les manœuvres prescrites ne tendent qu'à relâcher ce côté de la capsule. Reste donc l'action musculaire, dernier obstacle que la cause luxante n'a pas entièrement vaincu, et seul capable de produire les difficultés qui s'opposent à la réduction.

Pour comprendre la manière dont elle agit, il faut établir d'abord que la rotule n'est chassée en dehors qu'en glissant sur la portion externe de la poulie articulaire et en se relevant fortement par son bord extérieur. Si, lorsque la portion capsulaire interne est brisée et le bord interne de l'os arrivé au niveau de la ligne moyenne du fémur, si en ce moment les muscles agissent brusquement, spasmodiquement, ils attireront la rotule en haut dans sa position oblique; son angle interne labourera ainsi le tissu adipeux qui recouvre le creux sus-condylien, et peut-être le tissu osseux lui-même qui est tout spongieux en ce point; il se creusera donc un sillon dans lequel il restera engagé comme un coin, et où la tuméfaction du tissu adipeux viendra l'affermir encore. Que l'on cherche alors à faire basculer la rotule en pressant sur son bord externe relevé, on conçoit que ces pressions sont fort peu efficaces pour dégager l'autre bord enclavé, et qu'elles peuvent même tendre à l'enfoncer davantage. Que si au contraire, par une puissance énergique et soudaine, on peut dégager l'angle rotulien de son sillon en le tirant en haut, par

exemple, où le creux condylien cesse, où commence la diaphyse du fémur formée de tissu compacte et offrant une surface arrondie, cet angle ne trouvant plus de point d'appui glissera du côté où il incline davantage, et cette bascule aura pour effet une réduction immédiate. C'est ainsi que s'explique pour nous la réduction spontanée de la luxation de Monteggia; la laxité du ligament rotulien permettait à l'os de remonter plus haut que le creux sus-condylien dans l'extension complète de la jambe; et cette extension a eu lieu en effet hors de la réduction, ainsi que le prouvent les détails de l'observation même.

Mais si cette théorie est juste, c'est en vain qu'on tentera l'extension de la jambe chez les sujets à ligamens fermes; et il faut recourir à d'autres moyens de réduction. Aussi avons nous vu, malgré cette extension, Sabatier et Boyer éprouver les plus grandes difficultés; et dans l'observation suivante, la méthode de Valentin a même absolument échoué. Quelle ressource y a-t-il alors? tenter le moyen le plus opposé en apparence, et en réalité celui qui mène au même but; fléchir fortement et brusquement la jambe, afin d'attirer la rotule sur la poulie cartilagineuse, qui, offrant un plan solide, arrondi, glissant, ne lui permettra pas de garder l'équilibre dans sa position oblique, et la forcera, l'action des muscles aidant, à basculer et à reprendre sa direction normale. Ce moyen avait déjà été employé avec succès dès 1822 pour une luxation verticale de la rotule, déplacement qui, comme nous le verrons, a la plus grande analogie avec celui dont nous nous occupons; mais le fait était demeuré isolé, sans généralisation; et c'est à M. Herbert Mayo que l'on doit d'en avoir fait une méthode raisonnée.

Le fait remarquable de M. Mayo avait été publié dans le n° 50 du *London medical Gazette*, novembre 1828, analysé dans le *Medico-chirurgical Rewiew* en 1829, et traduit peu après dans le *Journal des progrès*, tome 18, page 38. Soit que l'analyse anglaise ait été mal faite, soit que le traducteur ait mal rendu le texte, et probablement par ces deux causes réunies, il est fort difficile de comprendre la portée de l'observation dans la traduction française. Après avoir fait de vaines recherches à Paris pour trouver les journaux anglais cités, en désespoir de cause, j'ai écrit à M. Mayo, qui a mis à me répondre une obligeance dont je ne saurais trop me louer. Voici la traduction de l'observation qu'il m'a fait l'honneur de m'adresser.

Luxation incomplète en dehors; réduction par un nouveau procédé; par M. Herbert-Mayo.

Obs. XVII. — Une compagnie du deuxième régiment des gardes était à l'exercice à l'école de cavalerie des baraques dans le Regent's-Park. Deux lignes opposées marchaient l'une contre l'autre, et les chevaux étaient au pas, lorsqu'à l'instant où les colonnes se croisaient, un soldat piquant des deux lança vivement son cheval en avant, et heurta de son genou gauche le genou droit du soldat qui se trouvait vis-à-vis. Ce dernier ne put continuer l'exercice, on le descendit de cheval, non sans de vives douleurs; et on trouva que la rotule était luxée.

La rotule reposait par son bord interne sur le condyle externe; sa face antérieure était dirigée obliquement en avant et en dedans. Il n'y avait aucune tension des muscles de la cuisse; toute tentative pour fléchir le genou développait de la douleur. M. Broughton, chirurgien du régiment, essaya de réduire la luxation par les procédés ordinaires, et n'ayant pu y réussir, il m'appela en consultation. Environ trois heures s'étaient écoulées depuis l'accident, lorsque nous vîmes le malade ensemble.

Nous fîmes des tentatives variées pour replacer la rotule. Le procédé sur lequel je comptais le plus était le suivant: Le genou étant demi-fléchi, avec la paume de la main droite je poussais le bord externe et saillant de la rotule en arrière, de manière à diminuer l'obliquité de la direction de sa face antérieure; alors, à un signal donné, les aides étendaient brusquement le genou, et au moment de l'extension, profitant du relâchement complet de toutes les parties, je m'efforçais de repousser la rotule dans sa place. Mais ce moyen, tenté deux fois, ne réussit point.

Surpris des difficultés que je rencontrais, j'invitai M. Broughton à m'accompagner à mon amphithéâtre, pour pouvoir examiner sur un membre disséqué la nature des obstacles qui s'opposaient à la réduction. Un simple coup d'œil me fit voir la cause de nos insuccès, et le moyen de la surmonter. Je vis que le bord gauche de la rotule était couché dans une gouttière ou sillon situé parallèlement et en arrière du bord du cartilage du condyle externe, et de l'importance de laquelle je ne m'étais point douté jusque là. Cette gouttière est d'une profondeur variable; chez les sujets qui ont les os épais, comme était notre malade, il est probable que cette gouttière est très-profonde, et il était aisé de comprendre, dans cette hypothèse, l'impossibilité, par des pressions exercées sur la rotule, de dégager cet os retenu en bas comme il l'était nécessairement, et pressé dans la gouttière par les ligamens qui n'étaient point déchirés et par les tégumens. En même temps, il était évident que si le genou pouvait être plié jusqu'à l'extrême flexion, la rotule suivrait nécessairement le tibia, le ligament rotulien étant dans toute son intégrité; et non moins évident que la rotule serait ainsi tirée verticalement hors de la gouttière et dépasserait ses limites; alors on pouvait espérer qu'elle serait ramenée dans sa position normale, et la luxation réduite, par l'action du quadriceps fémoral.

Nous retournâmes près de notre patient; et nous eûmes la satisfaction d'éprouver à l'instant l'efficacité de cette méthode. Le genou du soldat ne fut pas plutôt porté dans la flexion complète, que la rotule retourna dans sa place avec un bruit sensible à l'oreille.

Je retrouvai donc dans cette observation, confirmée par l'expérience et soutenue par une théorie analogue à la mienne, les vues auxquelles l'anatomie chirurgicale m'avait conduit. La date reculée de la publication de

M. Mayo (1828) lui laisse d'ailleurs toute priorité; mais ce qui est bien remarquable et ce qui malheureusement se présente trop souvent dans notre art, c'est que ces idées aient trouvé si peu d'échos qu'elles soient restées à peu près complétement oubliées, je ne dirai pas en France, où l'on ne s'occupait guère il y a huit ans de la chirurgie étrangère, mais en Angleterre même, où on ne les rencontre dans aucun des ouvrages de chirurgie publiés depuis.

M. Mayo écrivant de mémoire, a d'ailleurs oublié quelques détails que nous reproduirons d'après le *Journal des progrès*. Le malade tenait la jambe dans l'extension; et dans cette position il ne ressentait aucune douleur. On pouvait faire mouvoir légèrement la rotule luxée. Pour la réduction on avait tenté de repousser la rotule en place, soit en mettant la jambe dans l'extension, soit en la fléchissant, avant d'essayer la flexion et l'extension successives; la demi-flexion causait de vives douleurs, et en outre elle donnait lieu à ce phénomène bien remarquable, que la rotule se présentait non plus obliquement, mais bien directement en avant. Enfin, dans le dernier essai qui réussit, on avait fait coucher le malade sur son côté gauche, et son genou droit avait été saisi par un de ses camarades qui, à un signal donné, porta subitement le talon derrière la cuisse, de manière à faire arriver la jambe au plus haut degré de flexion.

En comparant ce fait avec celui de Monteggia, on voit qu'en effet ce n'est point la capsule qui s'oppose à la réduction, puisque, rompue ou non du côté externe, elle permettait à l'os de vaciller; ni les muscles, puisque dans leur plus grand relâchement la luxation résistait, et qu'elle a cédé dans leur tension la plus forte. Il ne reste donc que l'enclavement de l'angle interne de la rotule, ainsi que je l'ai indiqué tout à l'heure.

J'insiste sur ce point, parce que là est également toute la théorie de cette autre espèce de luxation qui nous restera à étudier sous le nom de *luxations de champ* ou *verticales*. Ce ne sont, à vrai dire, que des luxations incomplètes, dans lesquelles l'action musculaire plus énergique a plus profondément engagé la rotule dans le creux sous-condylien, et a ainsi accru les difficultés de la réduction. L'observation de M. Mayo vient confirmer cette vue, puisqu'en tiraillant les muscles par la flexion de la jambe, on transformait momentanément la luxation oblique en une luxation de champ. Ce sont deux degrés d'un même déplacement; et ce n'est même que dans l'histoire des luxations de champ que nous trouverons des faits suffisans pour compléter l'article du traitement des luxations rotuliennes incomplètes; j'ai cru cependant devoir les étudier à part, à cause de la différence que les auteurs ont établie entre elles, et parce que, sous le rapport de leur fréquence comparative, elles offrent un contraste auquel on ne s'attendrait guère et qu'il sera curieux de constater.

V. *Luxation incomplète en dedans.*

La luxation incomplète en dedans est partout décrite avec autant de complaisance que la luxation complète; calquée d'ailleurs sur la luxation incomplète en dehors, on n'a pas manqué d'appliquer ainsi la facette externe de la rotule contre la portion interne de la poulie articulaire. Ici le contresens anatomique est encore plus grand; en effet, comme le cartilage articulaire monte bien moins que du côté externe, dans l'extension complète la presque totalité de la rotule s'élève à un niveau supérieur, et dans la luxation incomplète en dedans, la facette externe de cet os ne s'appliquerait que sur le corps du fémur même ou sur le rebord interne du creux sus-condylien.

Une conséquence naturelle de ce premier fait, c'est que la rotule luxée en dedans devrait avoir son bord interne bien moins relevé que dans la luxation oblique en dehors. Une autre disposition concourrait au même effet; la facette externe est unique et s'appliquerait par toute sa surface sur le fémur, tandis que de l'autre côté la facette moyenne reste écartée du condyle. En figurant ce déplacement sur le cadavre, c'est à peine en effet si la rotule se relève en dedans jusqu'à former un angle de 45 dégrés avec l'horizon; et cette inclinaison tient en grande partie à celle de son ligament inférieur appliqué sur la portion interne de la poulie fémorale.

Avec cette médiocre inclinaison, l'angle externe de la rotule ne tombe-t-il pas trop obliquement sur le creux sus-condylien pour pouvoir s'y creuser un sillon? On est tenté de le croire quand on considère la rareté de ces luxations incomplètes. Je n'en ai pu rencontrer un seul exemple nulle part; aucun des chirurgiens que j'ai consultés n'en a vu. Cette luxation n'existerait-elle que dans l'imagination de ceux qui l'ont décrite? Le fait unique qu'on va lire semble toutefois attester sa réalité. J'avais prié M. Baumès, chirurgien en chef de l'hospice de l'Antiquaille à Lyon, de me recueillir quelques renseignemens sur cette matière à Londres, où il fit en 1835 un voyage scientifique. C'est à son amitié que je dois la communication suivante:

« Je vous avais promis de chercher dans mes notes le fait relatif à la luxation de la rotule. Je l'ai trouvé; le voici en très-peu de mots, mais très-fidèlement, tel que je l'écrivis à la hâte, au milieu de beaucoup de choses qui m'occupaient. M. Key, chirurgien de l'hôpital Guy, m'a dit que je pouvais en faire usage.

» Il y a à peu près un an, une femme de 25 à 30 ans tomba d'un peu haut sur ses pieds; près du terme de sa chute elle fit un violent effort pour se redresser, et donna en même temps du genou droit contre un mur latéral. Aussitôt douleur très-forte dans cette partie, impossibilité de marcher; on conduit la malade à l'hôpital Guy. M. Key n'y était pas dans ce moment. L'interne (*house-surgeon*) en qui il témoigne une très-grande confiance, reconnaît une luxation de la rotule en dedans; il la réduit sans grande difficulté. M. Key ne vit la malade qu'après la réduction.

» Cependant arrivent un engorgement inflammatoire, de la suppuration, de la fièvre, et la mort au bout de 25 à 30 jours. M. Key fit l'autopsie et trouva une déchi-

rure assez considérable de la partie du tendon du vaste externe qui s'attache en haut et en dehors de la rotule, ainsi que de la capsule du même côté. Il s'assura que c'était bien une vraie déchirure, et non pas une lésion qu'on pût attribuer à l'inflammation et à ses suites. »

De quelle espèce était maintenant cette luxation? Etait-elle complète, et serait-ce un exemple à ajouter à celui de Walter? La déchirure de la capsule d'un seul côté m'incline fortement à en douter. Etait-ce une luxation incomplète et oblique, fait unique jusqu'à présent dans la science? Ou bien enfin était-ce une luxation de champ, comme celles qui nous restent à décrire? J'aurais écrit à M. Key pour m'en éclaircir, s'il avait été témoin de la luxation par lui-même. On ne peut que regretter la négligence par laquelle de telles observations se perdent; et ce travail, en montrant à cet égard la pénurie de la science, aura peut-être pour résultat d'engager les praticiens à recueillir avec plus de soin des faits dont ils sauront mieux tout le prix.

37. — 10 Sept.

Recherches sur une espèce particulière d'angine observée récemment dans quelques localités du Wurtemberg; par les docteurs De Ludwig à Stuttgard, Theurer dans le cercle de Plieningue, Bosch à Braunsbach, Hæring à Mergentheim et Leube à Tübingen (Extr. des numéros 4, 5, 9; 15 et 22 du vol. 6, année 1836, du Journal de Stuttgard.)

Cette espèce particulière d'angine a été, sinon observée, du moins décrite pour la première fois par M. le docteur De Ludwig de Stuttgard; voici le tableau qu'il en trace :

La maladie débute par des symptômes d'une angine rhumatismale, ou plutôt de nature érysipélateuse : léger mouvement fébrile entremêlé de frissons, douleurs de tiraillement à la tête, faiblesse, anorexie, langue légèrement chargée, difficulté de la déglutition à peine sensible, ou paraissant même manquer quelquefois; bientôt il se développe des deux côtés et le plus souvent d'un côté du cou seulement, une tumeur dure qui a son siége primitif dans le tissu cellulaire qui environne la glande sous-maxillaire, plus rarement dans celui qui entoure les glandes parotide et sublingale. Cette tumeur, formée de tissu cellulaire endurci, envahit peu à peu le tissu cellulaire environnant, s'étend d'abord autour du cou, dessous la mâchoire inférieure jusqu'au menton, et passe même du côté opposé et descend par-dessus le larynx; il n'est pas rare aussi de la voir se propager en arrière par-dessus la parotide : elle forme ainsi une grosseur fortement convexe et faisant saillie par-dessus la mâchoire inférieure; tout le tissu cellulaire qui enveloppe et sépare les muscles du cou depuis le larynx jusqu'à la cavité buccale, et plus tard ces muscles eux-mêmes se trouvent compris dans l'espèce de dégénérescence qui constitue cette tuméfaction. De cette manière la langue repose pour ainsi dire sur un plancher dur et d'un rouge très-vif. Ce plancher est circonscrit antérieurement par un rebord élevé, dur, calleux, qui longe le bord interne de l'os maxillaire inférieur; le malade n'entr'ouvre la bouche qu'avec peine et difficulté; la langue est poussée en haut et en arrière; la parole s'articule difficilement, et la voix, soit par la pression de la tumeur sur le larynx, soit à cause de l'altération des muscles qui vont à cet organe, est rauque, basse et a pris un son guttural.

La dysphagie a augmenté en raison sans doute de l'accroissement et de la plus grande pression de la tumeur; car on n'observe de gonflement inflammatoire du pharynx qu'au début ou à la fin de la maladie, et peut-être alors à la suite de l'emploi des mercuriaux. Cependant la maladie continue à faire des progrès, il se sécrète dans le pharynx une quantité abondante de mucosités que le malade a de la peine à rendre. Il est à remarquer que, du moins dans les premiers temps, la peau recouvrant la tumeur n'est ni rouge ni altérée, et qu'elle conserve un degré de mobilité qui est en raison du plus ou moins d'extension qu'a prise la grosseur; d'où il ressort que le tissu dermoïde et le tissu cellulaire situés immédiatement au-dessous de ce dernier ne participent point à l'induration des autres tissus. Pendant ces premiers symptômes jusqu'au quatrième ou sixième jour, la réaction générale n'est guère prononcée : fièvre modérée, état des forces et sensibilité peu altérés, sommeil et appétit ne manquant pas entièrement, soif légère; les autres fonctions de sécrétion et d'excrétion dans un état assez satisfaisant. Mais avec les progrès du mal, la peau commence à rougir çà et là, et il n'est pas rare de voir se former des exsudations de lymphe plastique dans l'intérieur de la bouche, exsudations qui parfois se font déja à une époque moins avancée. La tumeur se ramollit au-dessous de la langue, comme s'il s'était formé sous la muqueuse un épanchement de sérosité à demi-coagulé. A l'extérieur aussi on commence à remarquer quelques points ramollis qui offrent au doigt la sensation de gaz développés sous la peau; d'autres points de la tumeur sont élevés et présentent comme de la fluctuation; d'un instant à l'autre on peut croire qu'il va s'ouvrir là un abcès; mais ce phénomène n'est pas de longue durée; pendant quelque temps la fluctuation reste au même degré pour rétrograder bientôt après. Au milieu de ces phénomènes, il se forme ordinairement dans la cavité buccale, soit en arrière et vers la base de la langue, soit plus en avant et près du bord interne de l'os maxillaire inférieur, une ouverture qui verse un liquide ténu, grisâtre ou rouge-jaunâtre, prenant de plus en plus les caractères d'une sanie gangréneuse. Maintenant, ou quelquefois avant ce travail de dégénérescence gangréneuse de la tumeur, se montrent avec plus d'intensité les symptômes d'une réaction générale; la fièvre augmente et est marquée par des exacerbations qui reviennent ordinairement le matin; l'urine dépose un fort sédiment, les sueurs deviennent profuses, le sommeil est souvent interrompu et agité par des rêves effrayans et des secousses de tout le corps; il existe un léger délire.

La diminution de la tension de la tumeur et des parties environnantes qui survient dans ce moment, pourrait faire croire à un commencement de résolution de cette dernière et d'amélioration des symptômes généraux. Mais ce serait là une erreur; la difficulté de la déglutition persiste, et il survient des accès d'anxiété à intervalles plus ou moins longs. Ces angoisses qui vont en augmentant, coïncidant avec la diminution de la tumeur, ne dépendent point d'un resserrement mécanique des voies respiratoires, mais d'une atteinte plus profonde du système nerveux, et peut-être d'un épanchement dans la cavité thoracique. Arrivés à ce degré de développement, ces symptômes suivent une marche rapidement ascendante et la fièvre revêt entièrement la forme typhoïde, et au bout de 4 à 5 jours, du 10e au 12e jour à partir du début de la maladie, les individus succombent dans un état comateux avec tous les symptômes d'une paralysie pulmonaire.

Telle est la marche générale de cette funeste maladie; nous ferons connaître par quelques exemples individuels que nous donnerons plus bas, les variétés et nuances qui peuvent exister tant sous le rapport du moment de l'invasion de la fièvre, que sous celui du point de départ et du dégré d'intensité des symptômes locaux.

Dans les cas où l'autopsie a pu être faite, on a trouvé dans un la peau et le tissu cellulaire sous-cutané intacts, nullement adhérens à la tumeur dont ils étaient plutôt séparés par une couche de sérosité épanchée; par contre le tissu cellulaire situé sous le premier et interposé entre les différentes glandes salivaires et cervicales et les muscles du cou, était sphacélé, d'un noir grisâtre, d'une texture lâche et peu cohérente, imprégné de bulles d'air et d'un liquide ichoreux, moitié verdâtre et moitié brun-grisâtre. En quelques endroits il existait des cavités ulcéreuses, dont les parois formées par une masse musculaire gangrénée et à moitié détruite contenaient une certaine quantité de ce même fluide sanieux, ressemblant à de la levure de bière et mêlé à du sang. La plupart des muscles et principalement les couches profondes comprises dans la tumeur présentaient un tissu également altéré, plus compacte et rouge, ressemblant assez bien à la substance d'un foie d'une couleur foncée; les glandes salivaires offraient dans leurs parties comprises dans la tumeur, un tissu plus rouge mais peu altéré. Dans un autre cas, la tumeur avait subi un moindre degré de décomposition putride; elle était au contraire plus dure; le liquide qui y était contenu était plus épais et plus rouge; toutes les parties solides, glandes, muscles, tissu cellulaire formant la tumeur, ressemblaient assez à une masse homogène voisine de l'état de ramollissement. Dans un troisième cas où les symptômes de la maladie avaient été très-prononcés, le périoste s'était détaché de l'os maxillaire inférieur à son bord interne. à un point où la tumeur s'était abcédée dans la bouche; l'os lui-même était altéré; la membrane muqueuse tapissant tous les organes des cavités buccale et pharyngienne et jusqu'à la trachée-artère n'était que peu ou point rouge, médiocrement boursouflée; la trachée-artère contenait une abondante quantité d'un mucus blanchâtre entremêlé de quelques tissus rares d'une teinte rougeâtre; les portions des nerfs vague et récurrent compris dans la tumeur présentaient une lésion non-seulement de leur névrilemme, mais encore de leur propre substance.

Voici ce que le docteur de Ludwig dit des premiers essais thérapeutiques auxquels il a pris une part plus ou moins active: il s'agit toujours des trois cas dont nous venons de donner l'histoire anatomique.

Chez tous les trois malades, l'affection avait déjà parcouru le tiers de sa durée, lorsque l'auteur fut appelé. On eut d'abord recours aux saignées générales et locales, aux topiques émolliens, à l'emploi du mercure à l'extérieur et à l'intérieur, aux sinapismes et autres moyens vésicans. Dans une période plus avancée, on administra à l'intérieur des médicamens apéritifs, diaphorétiques ou diurétiques; enfin, dans la période de putrescence, on mit en usage les excitans généraux et les différens moyens vantés comme antiseptiques, ayant égard toutefois à l'état des organes de la tête et de la poitrine. Sous l'influence de cette sorte de médication, le mal, malgré quelque apparence d'une amélioration passagère, n'en continuait pas moins sa marche, et en effet, les trois malades dont il est ici question succombèrent au milieu des symptômes indiqués plus haut. Nous verrons plus bas avec quel bonheur le docteur de Ludwig, éclairé par l'expérience, est parvenu à modifier son traitement.

Quelle est maintenant la nature de cette maladie? On ne saurait encore aujourd'hui, que les causes sont peu connues et l'étude de ses symptômes peu avancée, la déterminer d'une manière certaine. Néanmoins le médecin de Stuttgard croit pouvoir supposer qu'elle tient de la nature de l'érysipèle qui, soit par des influences épidémiques, soit par des écarts de régime de la part des malades, ne pouvant se faire jour à la périphérie du corps, son siége ordinaire, gagne des parties situées profondément, qui, peu habituées à ce genre d'inflammation, passent facilement à l'état d'induration et par suite, à celui de gangrène; il existe plus, selon le docteur Ludwig, une disposition du système nerveux qui favorise cette dégénérescence putride.

Quoi qu'il en soit de cette explication, que l'auteur ne donne que comme une simple hypothèse ne reposant encore que sur des données peu certaines, cette maladie n'en paraît pas moins à M. Ludwig devoir être distinguée, tant sous le rapport de sa nature, que sous le point de vue diagnostic et curatif, d'autres affections qui ont avec elle quelque ressemblance par leurs phénomènes extérieurs.

M. Ludwig n'a trouvé cette espèce d'angine décrite nulle part, si l'on a égard à l'ensemble des symptômes, à la marche de la maladie, et si l'on ne considère pas isolément tel phénomène ou tel accident qui peut se rencontrer également dans d'autres angines d'un caractère différent.

L'angine décrite ici par M. de Ludwig, se distingue de l'angine gangréneuse proprement dite, en ce que dans cette dernière les ravages de la gangrène sont très-étendus et n'occupent pas seulement le pharynx, le palais,

mais encore dans les cas plus graves, embrassent toute la muqueuse depuis le larynx jusqu'au sommet de la langue, tandis que dans la première il n'existe aucunes traces de gangrène à la surface de la muqueuse bucco-pharyngienne ; un autre signe distinctif de ces deux maladies, c'est que la tumeur cervicale extérieure qu'on observe assez fréquemment aussi dans l'angine gangréneuse est œdémateuse, tandis qu'elle ne l'est pas dans l'angine du Wurtemberg. Cette dernière diffère de toutes les angines avec inflammation idiopathique ou sympathique des glandes, en ce que celles-ci sont peu ou point affectées, tandis que le tissu cellulaire qui les environne et qui entoure les muscles depuis le larynx jusqu'à la langue, se trouve altéré.

La maladie de Ludwig se distingue enfin du pseudo-érysipèle avec lequel elle a peut-être le plus de rapports, par l'absence de toute altération de la peau dans les commencemens, par la dureté particulière du tissu cellulaire, sa prompte modification et la marche aiguë des symptômes.

Malgré ces caractères, une erreur de diagnostic peut être très-facilement commise; cependant, comme il est important de reconnaître cette espèce particulière d'angine dès son début, afin de pouvoir la combattre avec efficacité, l'auteur a cherché à établir les signes diagnostiques les plus importans et les plus certains ; ce sont :

1° Une inflammation légère de la muqueuse pharyngienne qui disparaît même dès les premiers jours, ou qui, lorsqu'elle persiste, reste toujours superficielle.

2° Une dureté particulière presque osseuse de la tumeur, qui ne conserve point l'impression digitale.

3° Un rebord calleux rouge foncé, parfois bleuâtre, livide, que nous avons vu contourner le bord interne de l'os maxillaire inférieur.

4° Le développement uniformément progressif de la tumeur située au-dessous de la langue, qui, lorsqu'on l'observe dès le principe, montre un contour ayant la dureté de la pierre, touchant immédiatement à du tissu cellulaire encore libre.

5° L'intégrité ou l'affection légère des glandes, tandis que tout le tissu cellulaire qui les environne se trouve altéré.

Voyant les insuccès qui avaient suivi le mode de traitement suivi dans les premiers cas et que nous avons décrit, l'auteur, d'après ses vues théoriques sur la nature de la maladie, a pensé qu'au lieu de favoriser la tendance du travail morbide vers les parties inférieures, il fallait plutôt le rappeler à la périphérie du corps, en un mot, opérer une dérivation extérieure. Il a donc commencé par proscrire les mercuriaux, afin d'éviter d'une part l'irritation des glandes et de la muqueuse pharyngienne, et de l'autre l'altération des humeurs, si facile sous l'action de ce médicament. Il a ensuite établi les indications suivantes :

1° Opérer une dérivation aussi prompte et aussi énergique que possible à la surface même de la tumeur.

2° Combattre l'inflammation par des émissions sanguines locales.

3° Eu égard à la nature érysipélateuse du mal, administrer à l'intérieur les résolutifs les plus efficaces, tels que émétique, ipécacuanha, vin d'antimoine, purgatifs, etc. ; employer, en un mot, une méthode perturbatrice des plus énergiques.

L'observation suivante, outre le mérite qu'elle a de présenter un tableau extrêmement fidèle de la maladie, nous montre de plus le traitement dont nous venons d'établir les bases, suivi d'un plein succès.

Observation du docteur Ludwig.

Obs. I. — Mme N., d'une bonne constitution et d'une santé jusqu'alors toujours florissante, eut, vers la fin de décembre 1835, à la région cervicale gauche, près de la glande sous-maxillaire, une tumeur qui, au bout de quatre jours, avait atteint le volume d'un œuf de poule. Elle était très-dure, à bords tranchés, médiocrement sensible au toucher, immobile et comme adhérente au bord de la mâchoire. La peau qui la recouvrait n'était point rouge. La malade attribuait le développement de cette grosseur à des refroidissemens répétés.

Le lendemain (cinquième jour de la maladie), la tumeur, qui avait été frictionnée avec un onguent composé de liniment volatil et d'onguent mercuriel, au lieu de diminuer, s'était au contraire étendue en arrière jusqu'à l'angle de la mâchoire inférieure, et en bas jusqu'au bord de l'os hyoïde ; elle était devenue plus saillante. L'ouverture de la bouche était un peu gênée. Le docteur Ludwig reconnut bientôt, non sans quelque crainte, la véritable nature du mal ; il conseilla aussitôt à la malade de garder le lit, quoique rien dans son état général n'indiquât encore la gravité de la maladie, et que le pouls fût à peine excité. Il fit appliquer six sangsues sur la tumeur, qu'on recouvrit ensuite de sachets de son échauffé ; à l'intérieur il recommanda l'esprit de Mindérerus par cuillerée à café dans une infusion de tilleul.

Le sixième jour, la tumeur, dont les bords sont toujours durs et tranchés, s'avance vers le menton : la muqueuse pharyngienne présente une tumeur érysipélateuse ; la déglutition est difficile ; la paroi inférieure de la bouche se gonfle, devient rouge, et présente tout le long du bord interne de l'os maxillaire inférieur ce gonflement et cette dureté caractéristiques dont nous avons parlé dans la description générale. Fièvre intense, soif, enduit blanc-jaunâtre de la langue; sueur; urine et selles naturelles. (Application d'une chaleur sèche sur la tumeur ; vésicatoire à la nuque ; eau de guimauve miellée pour gargarisme ; à l'intérieur, tartre émétique, acétate de potasse et vin d'antimoine dans une infusion de camomille.)

Du septième au neuvième jour, le mal local s'accroît dans toutes les directions ; la tumeur s'étend à gauche jusqu'à la glande parotide, à droite jusqu'au-delà de la sous-maxillaire de ce côté, sans que ces organes eux-mêmes soient tuméfiés. En bas, elle dépasse le larynx qu'on ne retrouve plus, et elle fait en dehors une saillie très-considérable. La paroi inférieure de la bouche est d'un rouge foncé, et le bourrelet calleux qui con-

tourne intérieurement l'os maxillaire inférieur, a repoussé la langue en haut et en arrière; celle-ci se meut avec peine dans la cavité buccale. La difficulté de la déglutition a augmenté; la voix est altérée et a un son croupal; l'ouverture de la bouche permet à peine l'introduction d'un doigt. A partir du septième jour, les signes d'inflammation de la muqueuse pharyngienne avaient presque entièrement cessé; mais il s'était formé une sécrétion abondante de mucus dans le gosier. Fièvre vive, continue : sommeil souvent interrompu; rêves effrayans; parfois soubresauts des tendons; face rouge, yeux saillans, soif intense; les vomissemens qui avaient suivi l'administration de l'émétique ont cessé. Des frictions faites avec deux parties d'huile de croton tiglium et une partie d'huile d'amandes douces, ainsi que des cataplasmes irritans, ont produit sur la tumeur et dans les parties environnantes un érythème très-intense et très-douloureux, ainsi qu'une éruption de forme militaire. Comme la tumeur menace de passer à l'état de gangrène, on applique 15 sangsues et un cataplasme émollient; on augmente la suppuration du vésicatoire à la nuque, et on place sur le milieu de la tumeur un morceau de pierre infernale de la grandeur d'une pièce de 5 sous. A l'intérieur, on administre le tartre stibié associé à l'ipécacuanha; et après l'effet du vomitif, une mixture composée de la potion de Rivière, de vin d'antimoine et de manne, dans une décoction de valériane.

Dixième jour. Vomissemens abondans et plusieurs selles bilieuses suivies d'un sentiment de repos et de bien-être; fièvre et soif diminuées; langue moins blanchâtre. Le caustique a produit une large escarre; l'éruption produite par l'huile de croton est des plus vives; le mal local n'a point augmenté; il y a même moins de difficulté dans la déglutition. (Mixture et cataplasme comme les jours précédens).

A partir de ce jour, la tumeur et la fièvre vont toujours en diminuant, quoique avec lenteur; d'abord le muscle sterno-cléido-mastoïdien, puis le larynx, commencent à se dégager; la bouche s'ouvre plus facilement, la rougeur de sa paroi inférieure diminue; le rebord calleux le long du côté interne de la mâchoire inférieure se ramollit de derrière en avant; la langue devient plus libre, la parole plus facile; plus tard la tumeur a entièrement quitté le côté droit du cou, et ne s'étend plus qu'au menton; on observe qu'elle suit, en diminuant, la même marche que dans son développement. La résolution se fait graduellement et d'une manière égale dans toute l'étendue de sa circonférence, de manière que partout ses bords durs et tranchés restent en contact immédiat avec les portions déjà revenues à leur état naturel. On peut remarquer ici encore que ce ne sont pas les glandes sous-maxillaire et sub-linguale, mais bien leur tissu cellulaire environnant qui avait été altéré. La dureté de la bouche se dissipe de la même manière; l'exanthême diminue. On fait suppurer la plaie produite par la chute de l'escarre sur la tumeur même, et on donne à l'intérieur alternativement le tartre stibié à dose réfractée et une poudre de rhubarbe, de sel ammoniac et de soufre doré d'antimoine; diète sévère, régime chaud. Les cataplasmes sont encore continués pendant quelques jours, puis on les remplace par des sachets chauds. La tumeur, revenue à sa grosseur primitive, ne se dissipe que lentement et d'une manière graduelle et presque insensible. Trois semaines après le commencement de la maladie, alors que madame N. avait déjà repris toutes ses forces, il existait encore quelques derniers vestiges de la tumeur, qui n'auront pas tardé à disparaître.

La lecture de cette observation peut donner une idée très-juste de la marche et de l'intensité des symptômes qui caractérisent l'angine décrite par Ludwig. Nous ne ferons donc que mentionner les observations rapportées par les docteurs Theurer, Bosch et Hœring dans les numéros 5, 9 et 15 du même journal; leur description est entièrement conforme à celle donnée par le médecin de Stuttgard. Des deux malade de M. Theurer, l'un succomba et l'autre fut sauvé, probablement, ajoute ce médecin, par l'action prompte et énergique de toniques irritans appliqués à la surface de la tumeur, détournant ainsi des parties internes le travail morbide et le fixant au dehors par une dérivation salutaire.

Les trois faits décrits par M. Bosch le sont si incomplétement, et la maladie dans deux de ces cas a cédé si facilement à de simples résolutifs et émolliens, que nous ne savons si on doit les rapporter à l'espèce d'angine que nous décrivons ici. Nous retrouvons encore moins cette maladie dans une observation de *parotide gangréneuse*, qui a accompagné une cardite séreuse terminée par la mort, insérée dans le numéro 5 par le docteur Hofer. En effet, dans ce cas, ce n'est pas seulement le tissu cellulaire, mais toutes les glandes qui sont affectées; la peau est dès le principe altérée, il n'est pas parlé non plus de l'inflammation superficielle du pharynx ni du rebord calleux le long du côté interne de la mâchoire inférieure, enfin on n'y retrouve aucun des caractères décrits par M. Ludwig.

Deux des malades observés par le docteur Hœring ont guéri, un troisième, un enfant de deux ans, a succombé: le médecin n'avait été appelé que quelques heures avant sa mort. M. Hœring attribue les deux guérisons qu'il a obtenues à l'emploi des sangsues, aux vomitifs et à l'irritation externe de la peau à l'endroit même de la tumeur; il se loue surtout des topiques irritans qui produisent sur une grande surface cutanée non-seulement une inflammation érysipélateuse, mais encore des petits ulcères d'où résulte une dérivation prompte et très-efficace: il croit pouvoir donner le conseil de recourir, dans ce but, dans un cas urgent, même à l'emploi du cautère actuel.

Ce mode de traitement est, comme on voit, entièrement conforme à celui proposé par le docteur Ludwig, qui l'a depuis employé avec un égal succès chez une jeune fille âgée de 16 ans, affectée de cette espèce d'angine au plus haut degré. Il a réussi de même au docteur Leube de Tübingen, dans un cas analogue dont nous donnons ici la description faite avec un véritable talent d'observation, et que l'on pourra comparer avec fruit à celle tracée par le docteur Ludwig.

Observation du docteur Leube.

Obs. II. — R. F., âgée de 28 ans, servante, irrégulièrement menstruée, mais du reste d'une bonne santé, après quelques jours de lassitude, de malaise, de douleurs dans les membres, ressentit un matin, à la suite de refroidissement, de la difficulté en avalant, et comme la sensation d'un abcès qui allait se former à l'arcade dentaire. Quelques jours se passèrent avec douleurs de tête et au cou, de la constipation et de la chaleur. Le pharynx devient rouge sans que les amygdales se gonflent; à l'extérieur du cou on ne s'aperçoit également d'aucun changement. Pouls lent et dur; langue humide, jaune-blanchâtre, peau sèche, brûlante au front, dans le reste du corps, d'une température ordinaire. (Saignée. Sang très-coagulé, mais ayant une croûte phlogistique peu épaisse. Solution de sel amer, avec élixir acide de Haller.)

Le second jour où le médecin vit la malade (septième jour de la maladie), la dysphagie avait augmenté, et la céphalalgie à peine diminué; la rougeur du pharynx était peu en rapport avec le degré de difficulté de la déglutition.

Le surlendemain (huitième jour de la maladie), l'état de la malade avait subitement empiré. Nuit très-agitée, rêves effrayans, respiration gênée, jactitation; tuméfaction du côté gauche de la face. On peut remarquer aussi au cou une tumeur qui, les jours précédens, avait échappé à l'examen le plus attentif; cette tumeur avait la forme et le volume d'une moitié d'œuf de poule coupé dans le sens longitudinal, s'étendant depuis le menton jusqu'à l'os hyoïde; elle était dure comme du bois et insensible à la pression la plus forte; la peau qui la recouvrait était mobile, ni plus rouge, ni plus chaude que d'ordinaire; les parties latérales du cou vers les oreilles et principalement la région de l'angle de la mâchoire correspondant aux amygdales, n'étaient ni gonflées, ni douloureuses au toucher; la bouche s'entr'ouvrait avec peine, et la langue ne pouvait dépasser l'arcade dentaire; le long du bord interne de la mâchoire inférieure, il fut possible de sentir et même de voir à la lumière ce *bourrelet dur et calleux* qui est un des caractères distinctifs de cette maladie. Les dents ni les gencives n'avaient une sensibilité particulière. La déglutition était extrêmement difficile et même impossible; la voix avait un son sourd, monotone, comme celle d'un sourd-muet; la prononciation de certaines lettres, celles articulées surtout à la base de la langue, comme le *d* et le *t* au commencement des mots, et le *k*, le *g*, le *fl* et l'*r*, était entièrement impossible. Pendant la journée la fièvre avait été modérée, mais le soir elle devint plus intense; la chaleur augmenta; il survint du délire, de l'agitation; des vomissemens spontanés produisirent quelque soulagement. (Sangsues derrière les oreilles, vésicatoire à la nuque, frictions avec liniment volatil de teinture de cantharides sur la tumeur, lotions d'oxicrat sur la peau.)

Le neuvième jour, rémission des symptômes généraux et de la fièvre; le gonflement de la face a diminué; la tumeur au menton a au contraire augmenté; ses bords s'étaient effacés, et la peau qui la recouvre était devenue un peu plus rouge. Sa dureté et son indolence étaient restées au même degré; le bourrelet demi circulaire au-dessous de la langue s'était un peu ramolli. (Lavement, infusion légère de valériane avec esprit de minderérus, frictions et lotions d'oxicrat continuées. On panse le vésicatoire avec la pommade digestive.) Le soir et la nuit nouvelle exaltation de tous les symptômes et de la fièvre; déglutition tout à fait impossible; toux et gargouillement, dans la trachée-artère, de matières muqueuses qui ne peuvent être expectorées. (Cataplasmes d'oignons et de farine de moutarde sur la tumeur, et sinapismes aux poignets et aux gras de jambes.)

Le dixième jour au matin, un peu de repos et de sommeil; tumeur du cou un peu plus dure, mais un peu aplatie et s'étendant davantage vers le côté droit; peau devenue rouge et sensible par les topiques irritans, surtout vers l'os hyoïde; respiration, déglutition et parole plus libres; peau humide; pouls mou et moins fréquent; soirée et nuit bonnes; sommeil pour la première fois.

Le onzième jour, tumeur beaucoup plus petite et plus ramollie; la malade peut ouvrir la bouche et tendre la langue; difficulté de la respiration et de la déglutition encore diminuées; vers onze heures du matin, nouvelle transpiration également bienfaisante; la dureté de la tumeur s'est entièrement dissipée; cette dernière elle-même a presque totalement disparu à l'extérieur, et elle est à peine sensible à la pression; cependant aucun signe n'existe, et la malade n'a éprouvé aucune sensation qui indique qu'un abcès se soit ouvert à l'intérieur. Les cataplasmes sont remplacés au bout de quelque temps par des coussinets de coton imprégnés de vapeurs de colophane; on favorise la suppuration à la nuque, et on continue les infusions théiformes. Il survient une diaphorèse abondante; et les urines laissent déposer un fort sédiment. Sous l'influence de ces phénomènes critiques, l'état général de la malade continue à s'améliorer au point que, le seizième jour, elle peut quitter le lit; elle ressent bien encore pendant quelques jours une lassitude dans les membres et de la pesanteur à la langue; mais un examen attentif de la cavité buccale et du pharynx ne peut y faire découvrir rien d'anormal.

L'espèce particulière d'angine que nous venons de décrire, à laquelle le docteur Ludwig propose de donner le nom d'*induration gangréneuse du tissu cellulaire du cou*, et que nous trouverions mieux désignée sous celui d'*esquinancie sublinguale rhumatismo-typhoïde*, d'après le docteur Leube, est-elle réellement, comme l'a avancé le médecin de Stuttgard, une maladie nouvelle, ou bien admettrons-nous, avec le professeur Heim de Ludwigsburg (1), qu'elle a déjà été observée par Gregory et décrite sous le nom de *cynancha cellularis maligna* (2), ou qu'elle ait été connue anciennement sous les dénominations d'*ulcère syriaque* ou *égyp-*

(1) V. Journal de Stuttgard, v. 6, n° 10.

(2) Good's the study of medicine, v. 2, p. 414.

tien? Accorderons nous à M. Heim que C. Aurelianus et Severin l'aient connue, qu'elle soit identique ou analogue au *garotilo* des Espagnols, au *male in canna* des Italiens, au *mal de gorge ulcéré* de Tissot, et enfin à la *diphthérite* de M. Bretonneau?

Nous ne connaissons pas l'*angine cellulaire maligne* de Gregory, et nous n'avons pu vérifier la description qu'il en donne. Nous ne pouvons donc, dans ce cas, nous prononcer entre l'opinion de M. Heim et celle de M. Ludwig. Mais pour qui se rappelle la description des différentes angines dont nous venons d'énumérer les noms, il ne peut exister de doute sur les différences qui séparent ces affections de l'angine particulière dont nous avons retracé le tableau et donné en résumé les principaux traits caractéristiques. Nous ne voudrions d'ailleurs pas aller au-delà de l'opinion de M. Ludwig lui-même, qui, dit-il, n'oserait point, au nombre trop petit encore d'observations recueillies à ce sujet, affirmer d'une manière positive que cette maladie constitue une espèce nosologique à part, et qu'elle n'ait aucun rapport avec les autres espèces d'angines gangréneuses.

Toutefois, telle qu'il a eu occasion de l'observer, il l'a vue, dans tous les cas, ayant sa marche et ses symptômes tranchés et tendant presque toujours vers une issue funeste. Il croit que, sous ces différens rapports, cette maladie mérite une attention particulière. Le traitement aussi doit être pris en sérieuse considération; et nous pensons que celui proposé par M. Ludwig a été un véritable service rendu à la science et à l'humanité, car avant lui la plupart des personnes atteintes de cette funeste maladie y succombaient infailliblement.

N° 38. — 17 Sept.

Recherches sur quelques points de l'étude de la gangrène pulmonaire; par M. Genest, D.-M. P., ancien chef de clinique de la Faculté à l'Hôtel-Dieu.

Le plus grand vague règne encore sur les causes de la gangrène pulmonaire, malgré les travaux nombreux des pathologistes modernes sur les affections des organes thoraciques. C'est aussi sur ce point que nous désirons appeler quelques instans l'attention, en rapportant plusieurs observations qui nous semblent jeter quelque jour sur cette question importante et sur le traitement.

De même que pour tous les organes internes, on a mis en première ligne, parmi les causes de la gangrène pulmonaire, l'inflammation suraiguë; mais on s'est mis peu en peine pour prouver l'exactitude de cette assertion. Nous avons parcouru et examiné un grand nombre de cas où l'on avait trouvé à l'autopsie le poumon gangréné; mais nous n'en avons rencontré aucun où, pendant la vie, on eût observé les symptômes caractéristiques d'une inflammation sur-aiguë des poumons; et chez aucun des sujets que nous avons ouverts nous-mêmes, comme dans aucune des autopsies dont nous avons eu connaissance, nous n'avons retrouvé les lésions anatomiques qui auraient dû exister si la gangrène eût été le résultat de l'inflammation, savoir: des portions de poumon à l'état d'hépatisation au milieu de l'escarre ou du bourbillon. La seule altération que l'on ait trouvée dans ces cas ayant rapport à l'inflammation, est un état analogue à la première période de la pneumonie, qu'ont offert soit des débris de l'escarre, soit des portions de poumon qui commençaient à offrir les caractères de la désorganisation gangréneuse. Mais ce qu'on a pris pour un premier degré de l'inflammation, n'était probablement que l'une des formes sous lesquelles se présente quelquefois l'apoplexie pulmonaire, et qu'il n'est pas toujours facile de distinguer de l'engouement inflammatoire. Il faudrait donc admettre que dans ces cas le poumon passerait immédiatement du premier degré de l'inflammation à la désorganisation complète, ce que rien n'autorise même à supposer. D'ailleurs les sujets chez lesquels on a observé la gangrène pulmonaire, n'offraient point cet état des forces que suppose la marche d'une inflammation sur-aiguë; au contraire, même, beaucoup d'entre eux ou étaient affaiblis par une autre maladie, ou se faisaient plutôt remarquer par un état de faiblesse générale, une maigreur prononcée, que par une constitution vigoureuse, un embonpoint remarquable et la prédominance du système vasculaire sanguin.

Aussi la débilité a été considérée comme l'une des dispositions les plus actives à la gangrène pulmonaire. Cette opinion est bien plus d'accord avec les faits que la précédente; cependant on ne peut point admettre que cette cause soit celle du plus grand nombre des cas; car, le plus souvent, les sujets n'offraient pas les signes d'une constitution assez délabrée pour qu'on pût trouver dans cette circonstance seulement la cause d'un accident aussi formidable. Un second motif qui nous paraît combattre cette opinion, c'est le grand nombre des cas de guérison qui aujourd'hui sont constatés, et qui devraient être extrêmement rares, surtout avec le traitement adopté dans la plupart de ces cas, si l'affaiblissement de l'organisme, un appauvrissement du sang, un état approchant du scorbut, en était la cause principale. On pourrait demander encore pourquoi la maladie est ordinairement bornée à un point seulement du poumon, et surtout à un seul poumon: ce n'est pas là ce qu'on observe dans les maladies qui dépendent d'un état général. Chez les sujets qui succombent au scorbut, par exemple, il peut arriver qu'on ne trouve l'altération principale, l'infiltration sanguine, entièrement développée que sur un point seulement; mais ailleurs on retrouve divers degrés de la même altération, un ramollissement, un état de pâleur et de flaccidité qui suffit pour faire reconnaître la nature de la maladie. Il n'en est pas de même dans la gangrène du poumon: souvent la partie frappée de gangrène est enveloppée par une membrane qui la sépare du tissu voisin plus ou moins altéré, mais vivant, et qui indique elle-même une certaine énergie de réaction. A quelques lignes, à quelques pouces au plus, et à plus forte raison dans le poumon du côté opposé, le tissu pulmonaire est tout à fait à l'état normal. Nous pensons donc que la débilitation géné-

rale ne peut expliquer le développement de la gangrène pulmonaire. Cependant nous admettons que cette condition est l'une des plus favorables, ainsi que M. Guislain (1) l'a démontré pour les aliénés dans un bon travail que nous aurons encore l'occasion de citer plus d'une fois.

On a dit encore (Laënnec) que la gangrène pulmonaire était une affection essentiellement gangréneuse, comme l'anthrax, la pustule maligne, le charbon, etc. Mais les maladies essentiellement gangréneuses reconnaissent toutes des causes spécifiques que nous ne retrouvons pas dans la gangrène des poumons, soit l'inflammation sur-aiguë (anthrax), soit le contact d'un virus septique (affections charbonneuses), soit un état grave de l'économie et toujours facile à constater (fièvre grave, peste). Comme on ne rencontre rien de semblable dans les cas de gangrène pulmonaire, on est donc obligé de rejeter cette cause ou d'admettre une espèce d'affection gangréneuse toute spéciale et différente des autres, survenant sans cause appréciable et souvent sous l'influence d'une santé passable.

Enfin, le dernier ordre de causes auquel on a attribué la lésion qui nous occupe, c'est la présence d'un obstacle mécanique à la circulation du sang dans les poumons. Nous ne nierons pas que le développement rapide des masses tuberculeuses ou d'une autre nature sur le trajet des vaisseaux des poumons, ne puisse amener le sphacèle d'une partie de cet organe, mais ces cas sont très-rares : nous ne connaissons de bien authentique que celui qu'a décrit M. Carswell (2); et telle n'a point été la cause des cas que nous avons observés ou dont nous avons parcouru la relation (3).

Il y a encore une cause de la gangrène pulmonaire qui a été soupçonnée par plusieurs auteurs, indiquée par quelques-uns, mais qui cependant n'a pas reçu l'attention qu'elle nous paraît mériter : nous voulons parler de l'hémorrhagie pulmonaire, ou plutôt de l'apoplexie pulmonaire. C'est cette cause jusqu'ici négligée qui nous paraît jouer le rôle principal dans la plupart des cas de gangrène pulmonaire ; c'est au moins celle qui nous a paru ressortir le plus évidemment de l'examen approfondi des cas que nous avons observés nous-mêmes. Nous allons chercher à le démontrer en commençant d'abord par rapporter l'observation suivante, qui nous semble offrir un haut intérêt dans la question qui nous occupe.

Hémoptysies abondantes; mort; cavités remplies de sang putride dans le tissu pulmonaire.

Obs. I (4). — Le nommé Veille, boulanger, âgé de 26 ans, d'une constitution grêle, dit avoir joui habituellement d'une bonne santé jusqu'au mois de juillet dernier. A cette époque il fut pris presque subitement de douleurs dans toute la poitrine, et spécialement vers le mamelon gauche, et fut obligé de suspendre son travail et même d'entrer à l'Hôtel-Dieu où il resta et fut saigné quatre fois pendant un mois. A sa sortie il voulut reprendre ses travaux, mais au bout de quinze jours il fut contraint de les abandonner et de rentrer à l'Hôtel-Dieu où il séjourna encore pendant un mois. Puis, ayant voulu encore recommencer à travailler, il ne le put, et rentra à la Charité, se plaignant toujours de douleurs dans la poitrine. Enfin il rentra pour la troisième fois à l'Hôtel-Dieu, le 12 janvier 1833, assurant que depuis qu'il est malade il a très-peu maigri et qu'il n'a commencé à cracher du sang que quelques jours avant sa dernière admission. Voici l'état qu'il a offert le lendemain :

13 janvier, fétidité considérable de l'air expiré; odeur de macération anatomique dans les grands efforts de la toux. Des matières rougeâtres et ternes sont expectorées pendant ces grands efforts qui donnent quelquefois lieu à une expectoration peu abondante d'un sang spumeux et vermeil. La poitrine percutée donne un son obscur à sa partie inférieure et postérieure gauche, depuis deux travers de doigts au-dessous de la pointe de l'omoplate jusqu'à la base de la cavité thoracique. Bruit respiratoire obscur ; point de retentissement de la voix; point de fièvre; toux revenant par quintes avec turgescence de la face qui reste comme bouffie et infiltrée dans les intervalles qui séparent les quintes. Etat normal des organes digestifs. (Violette; sirop de gomme; potion gommeuse avec extrait de ratanhia, 1 gros; vésicatoire au bras, lavemens émolliens, diète.)

Le 14, le malade n'a point reposé pendant la nuit et en a été empêché par la toux qui continue par quintes; les crachats offrent les mêmes caractères et l'air expiré la même fétidité. (Saignée de deux palettes; ligature des membres inférieurs, id.)

Le 15, la respiration est plus libre; les crachats ont cessé de contenir du sang aussitôt après la saignée pratiquée hier et qui est couverte d'une couenne assez épaisse; pas de fièvre. (Deux cautères à la base de la poitrine; deux bouillons; crême de riz, etc.)

Le 16, aujourd'hui, à une heure du matin, le malade a été pris de ce qu'il appelle un vomissement de sang et qu'il dit avoir été beaucoup plus abondant qu'il ne l'avait été jusqu'ici. Son crachoir en contient environ quatre onces et qui paraît presque pur. Deux selles liquides dans les vingt quatre heures; du reste même état. (Saignée de deux palettes; potion avec extrait de ratanhia, 2 gros id.)

Le 17, la saignée d'hier offre un caillot assez dense, sans couenne et qui nage dans une grande quantité de sérosité. Le malade a encore rendu beaucoup de sang; son crachoir en contient bien six onces, offrant aussi un caillot qui nage au milieu d'une sérosité abondante. Il se plaint amèrement et veut à toute force sortir de l'Hôtel-Dieu. (Potion avec acétate de plomb, 12 grains.)

---

(1) Gaz. Médicale, année 1836, t. 11 (2e s.) *Encycl.*, p. 55.

(2) Elementary forms of disease. Première livraison.

(3) Nous connaissons un fait où, bien que la branche gauche de l'artère pulmonaire fut oblitérée complétement dès son entrée dans le poumon de ce côté, on n'a rien observé d'analogue à la gangrène.

(4) Recueillie dans le service de M. le professeur Chomel.

Le 19, le malade est à peu près dans le même état. Il a cependant un peu moins craché de sang que les jours précédens. (Potion avec acétate de plomb, 24 grains).

Le 20, le malade était assez bien ; vers six heures du soir, il est pris tout à coup d'une toux avec crachement de sang abondant, et pendant lequel il meurt instantanément et comme asphyxié, conservant un caillot de sang dans la bouche.

Autopsie, faite 38 heures après la mort.

Habitudes générales. Pâleur extrême, maigreur prononcée à la face et à la poitrine, œdématie des membres inférieurs.

Le cerveau et ses membranes n'offrent rien d'anormal.

Le larynx, la trachée et les bronches, même jusqu'aux plus petites, sont entièrement remplies par un caillot qui est continu et suit toutes les divisions des bronches.

Thorax. Le poumon gauche offre des adhérences assez résistantes et anciennes avec la plèvre. En incisant ce poumon, on trouve dans son centre une cavité qui pourrait contenir une noix de volume ordinaire, remplie par un caillot noirâtre et demi-fluide, dont l'odeur gangréneuse rappelle celle des crachats des premiers jours. La forme de cette cavité est allongée et conique ; elle est tapissée d'une membrane lisse et si mince qu'on ne peut en reconnaître la nature à l'inspection ; mais en l'examinant avec soin on trouve qu'elle communique avec une bronche dont on suit très-facilement la membrane interne dans l'intérieur de la cavité où elle se termine et qui n'offre pas d'autre issue. L'ouverture par laquelle la bronche pénètre dans cette cavité est assez étroite pour ne permettre l'introduction que d'un stylet d'une moyenne grosseur, et elle y pénètre abruptement par la grosse extrémité de la cavité; en sorte que cette bronche qui offre à peine une ligne ou une ligne et demie de diamètre au point où elle s'ouvre dans la cavité, offre immédiatement un calibre d'un pouce et même peut-être plus ; tandis que, par l'autre extrémité, la cavité ne se rétrécit que très-graduellement. Examinant alors les autres bronches avec soin, on remarque d'abord qu'elles sont toutes remplies par le caillot de sang dont nous avons déjà parlé et en outre qu'elles offrent dans leur trajet de fréquentes dilatations, mais dont aucune n'approche de l'étendue de celle que nous venons de décrire et qui ne se présentent point comme elles à leur terminaison.

Le tissu du poumon offre en dehors des bronches et de leurs dilatations que nous venons d'indiquer, de petites masses de sang noir et coagulé, de volume variable, mais se rapprochant assez de celui d'un grain de chenevis ou de blé, et que l'on en fait sortir en entier en pressant assez fortement; elles sont évidemment dues à l'extravasation du sang dans le tissu du poumon et ne sont pas agglomérées sur un seul point. A la base du même poumon on trouve une cavité capable de contenir une petite noix, remplie de sang putréfié, demi-fluide et à odeur gangréneuse. Cette cavité n'est point tapissée par une membrane, elle présente au contraire, à sa surface, des irrégularités et anfractuosités qui indiquent qu'une déchirure avec écartement du tissu pulmonaire a eu lieu dans ce cas. On n'a pas cherché à constater s'il y avait quelque bronche qui communiquât avec l'intérieur de cette cavité.

Le poumon droit offre comme le gauche de nombreuses dilatations sur le trajet des bronches, mais dont aucune n'a l'étendue ni les caractères de celle que nous venons de décrire ci-dessus. Toutes les bronches sont remplies par un caillot qui semble continu et paraît pénétrer jusque dans leurs dernières ramifications. On trouve en outre sur quelques points de petites masses de sang coagulé dans le tissu même des poumons, et que l'on en fait sortir comme à gauche par la pression.

Les organes abdominaux n'offrent rien de notable.

Cette observation nous a paru importante sous plus d'un point de vue; aussi l'avons-nous rapportée avec tous les détails qui nous ont semblé nécessaires pour qu'elle fût bien comprise.

1° Nous ne fûmes pas peu embarrassés pour savoir à quelle lésion nous devions rapporter la première cavité contenant du sang à odeur gangréneuse dont nous avons parlé. Cette cavité était-elle une simple dilatation des bronches, ou pouvait-on la regarder comme une de ces cavernes revêtues d'une fausse membrane dans laquelle on trouve quelquefois le tissu pulmonaire réduit à l'état de gangrène? La question paraissait difficile à résoudre; cependant la présence de nombreuses dilatations sur le trajet des bronches, la continuité de la membrane qui tapissait la cavité avec celle qui revêt l'intérieur des bronches, la régularité et l'uniformité de l'ouverture par laquelle la bronche venait se terminer dans cette cavité, et enfin l'absence de tissu pulmonaire gangréneux dans l'intérieur qui n'était rempli que de sang putréfié, furent les motifs qui nous déterminèrent à regarder cette cavité comme le produit d'une simple dilatation, mais plus considérable qu'à l'ordinaire, et occupant l'extrémité d'une bronche.

2° La présence du sang putréfié dans cette cavité paraissait difficile à expliquer, tandis que dans toutes les autres cavités produites aussi par la dilatation des bronches, le sang était en caillots de formation récente et sans odeur spécifique; cependant, comme cette dilatation se trouvait à l'extrémité d'une bronche, et que l'ouverture par laquelle elles communiquaient était très-étroite relativement à la capacité de la cavité, on conçoit facilement qu'un caillot formé dans cette cavité n'en ait point été chassé, et qu'il ait continué à rester en contact avec l'air. Or, c'est cette dernière circonstance (le contact de l'air avec le sang hors de ses vaisseaux) qui est la condition la plus favorable à la putréfaction de ce liquide. Lorsque le sang reste dans l'intérieur des tissus à l'abri du contact de l'air, en quelque quantité, pour ainsi dire, qu'il y soit accumulé, il y reste longtemps encore sans éprouver l'altération dont nous parlons. Nous avons vu d'abondantes collections de sang dans le tissu de divers organes chez des individus morts dans des circonstances très-défavora-

bles, à la suite du purpura hemorrhagica, de la fièvre typhoïde, etc., maladies où le sang avait cependant déjà éprouvé une altération préalable; et pourtant nous n'avons jamais observé dans ces cas l'odeur caractéristique de la dernière décomposition. Nous croyons donc que le contact prolongé de l'air est, dans les circonstances ordinaires, la condition la plus favorable à la putréfaction du sang. C'est ainsi qu'à la suite des couches, lorsque le sang est retenu dans la matrice par une cause souvent difficile à apprécier, il acquiert en quelques heures une fétidité gangréneuse. Dans le cas que nous avons rapporté, c'est donc le contact prolongé de l'air sur le sang contenu dans cette cavité, qui a déterminé la putréfaction de ce liquide et a causé l'odeur gangréneuse bien caractérisée que le malade présentait dès le lendemain de son entrée, bien que le sang qu'il rejetait n'offrît point cette couleur rouillée ou chocolat qu'on regarde comme caractéristique.

3° Nous avons vu qu'il existait vers la base du même poumon une caverne différente de la première et également remplie de sang putréfié et à odeur gangréneuse. Ici on peut encore admettre la même explication, bien que l'on n'ait pas cherché s'il existait une communication avec l'air extérieur par la rupture de quelque rameau bronchique.

4° Enfin nous trouvons au centre des deux poumons des traces de l'engorgement hémoptoïque, qu'il est assez facile de confondre à une certaine époque, quand on n'y apporte pas toute l'attention nécessaire, avec l'engouement inflammatoire. Le meilleur moyen de les distinguer, lorsque la maladie est récente, est de comprimer assez fortement une portion du tissu pulmonaire entre les doigts; et dans le cas d'épanchement sanguin, on voit sortir du tissu pulmonaire de petites masses de sang noir, solide et comme cuit. Quand la maladie est plus ancienne, les tissus altérés offrent des caractères qu'il est difficile de méconnaître et que nous ne pouvons point rappeler ici.

Il nous semble donc permis de conclure de cette observation que l'hémoptysie peut être accompagnée d'apoplexie pulmonaire, ce qui, au reste, est admis, depuis les travaux de Laënnec, par tous les pathologistes qui se sont occupés de cette question; et que quand le sang épanché dans le tissu du poumon en collection plus ou moins considérable vient à se trouver en contact avec l'air extérieur, il se putréfie très-facilement et cause pendant la vie cette fétidité de la respiration que l'on dit être caractéristique de la gangrène. Cependant l'observation que nous venons de rapporter n'est point, à proprement parler, un exemple de gangrène pulmonaire, ce n'est qu'un cas de putréfaction du sang accumulé dans deux cavités de nature différente, et à laquelle le tissu des poumons n'avait probablement pris aucune part.

L'observation suivante va nous fournir l'exemple d'un cas où, à la putréfaction du sang, se joignait aussi une désorganisation gangréneuse et très-considérable du tissu même du poumon.

Douleur au côté et soulagement; puis tout à coup refroidissement général et dyspnée suffocante qui ne diminue que par l'expuition de sang rouge et pur, lequel prend graduellement la couleur chocolat. Mort. A l'autopsie gangrène pulmonaire entourée d'un kyste dans le poumon gauche.

Obs. II (1). — La nommée Dubreuil, brodeuse, âgée de 27 ans, d'une forte constitution et ordinairement bien portante et bien réglée, rapporte qu'elle toussait un peu depuis quelque temps quand, s'étant exposée au froid, elle fut prise subitement d'une violente douleur au dessous du sein gauche; elle reste sans traitement et entre au bout de deux jours à l'Hôtel-Dieu, salle Sainte-Madeleine, le 4 mars 1830.

Le 5, faciès inquiet, exprimant une vive souffrance; agitation; dypsnée extrême; céphalalgie sus-orbitaire; pouls plein, fort, 80 pulsations; douleur très-vive au-dessous du sein gauche augmentant par la toux et la pression. La sonoréité est la même des deux côtés, un peu moins claire peut-être à gauche où l'on entend un peu de râle muqueux à grosses bulles. La toux est fréquente et sèche; les crachats sont rares, filans, spumeux. L'examen de la langue et de l'abdomen ne présente rien d'anormal. (Saignée de trois palettes; 15 sangsues au côté gauche; tisane pectorale.)

Le 6, la malade se trouve un peu mieux; elle reste cependant agitée, accuse toujours une douleur vive au-dessous du sein gauche. La dyspnée est moins forte; la percussion et l'auscultation rien de nouveau. La saignée d'hier est riche et couenneuse. Les crachats offrent les mêmes caractères. (12 sangsues au côté gauche; sinapismes aux pieds.)

Le 7, la malade est à peine reconnaissable; la figure est pâle et décomposée; la dyspnée est revenue plus forte qu'avant son entrée, et la toux plus fréquente. La malade dit avoir été prise pendant la nuit, sans cause appréciable, d'un sentiment de froid général à la suite duquel elle éprouva une très-forte suffocation et ne fut un peu soulagée que par l'expuition de nombreux crachats de sang presque pur, rutilant et vermeil qui continuent et offrent les mêmes caractères et très-abondans. La douleur du côté gauche qui avait presque complétement disparu est revenue plus vive. La percussion donne une égale sonoréité des deux côtés; elle est cependant un peu moindre à gauche en avant et en bas où l'on entend beaucoup de râle muqueux, du souffle bronchique, et quelques traces de râle crépitant éloigné. La malade se plaint vivement et est fort agitée; les crachats et l'air expirés par la malade ne présentent aucune odeur spécifique; pouls fort, plein et d'une médiocre fréquence. (Saignée de deux palettes, et une conditionnelle pour le soir; sinapisme).

Le 8, l'état de la malade est le même; elle est toujours très-agitée et se plaint continuellement; l'expec-

(1) Recueillie dans le service de M. Gibert.

toration qui ne fournit que du sang presque pur et très-abondant a été évaluée à deux palettes et demie; le pouls est le même; la saignée offre un caillot nageant dans une sérosité abondante, sans couenne. (Saignée de deux palettes).

Le 9, la face est décolorée, la dyspnée forte, l'anxiété considérable. L'expectoration de sang continue très-abondante; en trois heures la malade en a rendu plus d'une palette qui est moins vermeil et moins pur que les premiers jours, et offre une odeur fade, douceâtre, approchant un peu de l'odeur de la macération, mais sans fétidité caractéristique; cette teinte arrive presque à celle du chocolat. La malade dit que sa respiration l'empoisonne, bien que pour ceux qui l'entourent l'air qu'elle expire n'offre pas une fétidité notable. Le poumon gauche est rempli de râle très-bruyant et offre en arrière et en bas une matité peu douteuse. Le sang de la dernière saignée n'offre pas de couenne; le caillot est peu consistant et semble dissout au milieu de sérosité; le pouls perd de sa force et est un peu plus fréquent. (Trois ventouses scarifiées sur le côté gauche).

Le 10, la malade est moins agitée, elle dit moins souffrir du côté; mais elle s'affaiblit beaucoup; à la pâleur des jours précédens se joint une teinte terreuse, livide; le crachement de sang continue toujours très-abondant et la couleur chocolat du liquide expectoré, ainsi que son odeur gangréneuse, ne peuvent plus laisser de doute sur la désorganisation du poumon. (Saignée de trois palettes).

Le 11, l'état de la malade a beaucoup empiré; ses lèvres sont pâles, ses extrémités froides; elle éprouve de temps en temps des suffocations que la sortie du sang soulage un peu. Elle se plaint de douleurs dans toute la poitrine. Le râle est stertoreux et la malade est si faible qu'on ne veut pas la tourmenter pour l'auscultation. Dans la journée d'hier l'air expiré a pris une fétidité insupportable même pour les assistans et dont la malade sa voisine se plaint fortement ce matin. La fétidité des crachats est moins prononcée que celle de la respiration. La malade succombe le 12, à deux heures du matin.

Autopsie, faite 30 *heures après la mort.*

Habitude extérieure. Décoloration générale; une sanie noire et fétide sort en abondance par la bouche et par les fosses nasales dans les mouvemens qu'on imprime au cadavre.

Thorax. Adhérences anciennes et rares des deux côtés de la poitrine; à gauche et en bas il en existe cependant quelques-unes qui paraissent récentes. En cherchant à tirer le poumon de la poitrine il se déchire et un flot d'un liquide d'une odeur insupportable sort d'une cavité qui occupe le lobe postérieur, creusée dans son intérieur, et remplie de débris du tissu pulmonaire sous forme de putrilage et d'un liquide de couleur lie de vin, et ayant l'odeur spécifique de la gangrène. Ces débris entièrement séparés du reste du poumon ou au moins ne tenant que par quelques points rares et peu étendus, se trouvent appartenir aux vaisseaux artériels et aériens. Cette cavité qui ne contient rien de solide et qui était de capacité à contenir un poing d'un fort volume, n'offre point d'irrégularités à sa surface interne et est recouverte dans toute son étendue d'une espèce de membrane cellulense, blanche et qui n'a pas moins d'une demi-ligne d'épaisseur. En examinant cependant avec soin les mailles dont est composée cette membrane, nous croyons reconnaître qu'elle n'est formée que par du tissu pulmonaire très-compact et complétement décoloré.

Dans une partie de son étendue cette membrane est en contact immédiat avec la plèvre qui se déchire très-facilement; partout ailleurs elle est contiguë et probablement continue avec une couche d'une épaisseur variable de tissu pulmonaire induré, très-compact, sans traces de ramollissement ni de suppuration, ne ressemblant pour la densité ni au tissu du foie, ni à celui de la rate, mais bien au tissu du rein, à l'exception qu'il est légèrement verdâtre. Immédiatement en dehors de cette couche le tissu du poumon présente à peu près l'état normal avec un peu d'engouement à la partie inférieure, mais sans ramollissement.

Le lobe supérieur est à l'état sain; le poumon droit est crépitant en avant et en haut, engoué en arrière et en bas, mais très-résistant et presque complétement décoloré.

La muqueuse offre dans la trachée et les grosses bronches une rougeur qui va en augmentant d'intensité et est tout à fait noire dans les petites bronches du côté gauche.

Le cœur est petit, vide de sang, décoloré légèrement, ramolli dans tout son tissu.

Abdomen. L'estomac est pâle ainsi que tous les intestins. La muqueuse est ramollie dans le grand cul de sac.

Le foie, la rate et les intestins sont décolorés. Le corps de la matrice a à peine le volume d'une petite noix, et son col a près de deux pouces de longueur et est très-tortueux.

Le *cerveau* n'a rien présenté d'anormal qui eût rapport à la maladie qui a déterminée la mort si ce n'est qu'il est très-pâle et a une consistance anormale.

La seule difficulté que présente cette observation, c'est de savoir si l'abondante hémoptysie qu'a éprouvée la malade a précédé le développement de la gangrène, ou si elle n'a été qu'un effet de la gangrène elle-même produit par la séparation des parties gangrénées de celles qui avaient conservé la vie. Plusieurs pathologistes qui se sont occupés, depuis quelques années, d'études sur la gangrène pulmonaire, ont cru devoir attribuer les hémorrhagies abondantes qu'on voit souvent survenir pendant sa durée, à la dernière cause que nous venons d'indiquer. Nous ne voulons pas nier qu'il n'en soit ainsi dans un certain nombre de cas et à une certaine époque de la maladie; mais sans considérer la question d'une manière générale, il nous suffira de faire voir que dans le fait précédent c'est réellement

l'hémoptisie qui a précédé le développement de la gangrène.

Et d'abord, si nous parcourons avec attention cette observation, nous y reconnaîtrons trois périodes bien distinctes, la première pendant laquelle, à la suite d'un refroidissement, la malade sentit une vive douleur de côté accompagnée de dyspnée, de céphalalgie et d'une fièvre médiocrement forte, et fut considérée comme atteinte d'une pleurodynie ou d'une pleurésie sans épanchement. La seconde, qui offre tous les caractères de l'hémorrhagie: refroidissement subit et spontané, la malade étant au lit; très-forte suffocation, et soulagement par l'expuition d'un sang *rutilant, vermeil et très-abondant.* La troisième enfin, qui commence à l'époque où les crachats, bien qu'abondans, présentent une teinte rouillée, chocolat, une odeur fade et douceâtre, où l'air expiré commence à paraître fétide à la malade elle-même, et pendant laquelle nous voyons se développer successivement tous les symptômes qui appartiennent à la gangrène pulmonaire caractérisée.

Cette marche est tout à fait celle de l'hémorrhagie, et non point de la gangrène. Si la gangrène se fût développée spontanément, et que l'hémorrhagie n'eût été que consécutive, le sang serait-il resté pendant deux jours rutilant et vermeil? il aurait été au contraire plus fétide que celui qui se serait écoulé ensuite. Il faut donc admettre que l'hémorrhagie pulmonaire qui a eu lieu chez cette femme, s'est fait jour à la fois et à travers la muqueuse bronchique et dans le tissu même du poumon, refoulant ce tissu de dedans en dehors, ou le désorganisant complétement et produisant en peu de temps à la fois et cette vaste excavation remplie de sang putréfié avec quelques débris des bronches et des vaisseaux sanguins, et cette induration du tissu pulmonaire qui l'entourait; induration d'une nature tout à fait spéciale, qui n'est ni l'hépatisation, ni l'induration grise, ni la splénisation, mais qui se rapprochait par la fermeté et la densité du tissu du rein. Comment, au contraire, pourra-t-on s'expliquer la formation aussi rapide d'une cavité si considérable, de quelque manière qu'on se rendît compte du développement de la gangrène, et sans qu'il y restât d'autres traces du tissu détruit que quelques débris à peine reconnaissables. Nous concevons difficilement comment les parties mortifiées, bien que soumises à la température des poumons et aux secousses que leur imprime la toux, se détruiraient aussi complétement. D'ailleurs, comment pourrait-on expliquer cette induration si remarquable du tissu pulmonaire voisin, et qui évidemment était produite par une pression exercée de dedans en dehors? Or, cette pression n'a pu être exercée que par le sang, et a été nécessairement en augmentant jusqu'au moment où une communication a été établie entre les bronches et la cavité; puis, l'accès de l'air dans cette dernière n'aura pas tardé à l'aide de la chaleur et par l'effet de la désorganisation mécanique du tissu pulmonaire à y déterminer la putréfaction et l'odeur caractéristique de la gangrène.

Il s'est passé dans ce cas ce qui arrive bien plus lentement, il est vrai, pendant le développement d'un tubercule dans le poumon; ce dernier écarte le tissu pulmonaire qui l'entoure en le condensant et la matière ramollie finit par trouver une issue par la bouche.

Quant à la manière dont s'opère la désorganisation du tissu pulmonaire par l'influence d'une hémorrhagie, il est facile de la concevoir d'après ce que nous voyons arriver dans une circonstance analogue dans le cerveau, où l'on trouve quelquefois des masses assez considérables de matière cérébrale désorganisées et entièrement mêlées avec le sang, et auxquelles il ne manque que l'accès de l'air pour les faire passer à l'état de gangrène.

La présence du kyste, espèce de membrane blanchâtre dont l'intérieur de la cavité était tapissée, vient encore à l'appui de notre manière de voir. Ces kystes ne sont pas très-rares dans les cas d'apoplexies pulmonaires qui consistent non pas en un simple engorgement hémoptoïque, mais un épanchement circonscrit. M. Bouillaud en a rapporté un cas remarquable. (*Archives de méd.*, t. XII.) Cependant nous sommes portés à croire que ce n'est ni un vrai kyste, ni une fausse membrane que l'on trouve dans ces cas; car, dans celui que nous venons de rapporter et dans quelques autres où nous avons eu l'occasion d'observer une membrane analogue et que nous avons disséquée avec soin, nous avons cru retrouver cette apparence lamellaire qu'offre le poumon lorsqu'il a été fortement comprimé par un épanchement abondant à la suite d'une pleurésie chronique. Quant à la couleur blanche ou grisâtre que présente cette espèce de kyste, bien qu'elle se rapproche assez de la couleur du tissu du poumon réduite par la compression à l'état dont nous venons de parler, nous reconnaissons cependant que ce sujet réclame de nouvelles recherches.

Le fait que nous venons de rapporter n'est pas le seul de ce genre. Le docteur Townsend, dit à l'article *apoplexie pulmonaire* (1), avoir observé un cas où il a pu suivre les différentes périodes de la maladie depuis la formation d'un engorgement hémoptoïque considérable jusqu'à sa conversion en un vaste abcès gangréneux; nous regrettons de ne pas trouver plus de détails sur ce fait de gangrène pulmonaire que l'auteur attribue à l'oblitération des vaisseaux sanguins qui, dit-il, étaient entièrement remplis par des caillots solides, ainsi qu'on le voit souvent dans les cas d'apoplexie pulmonaire un peu considérables. Nous ne nions pas que cette circonstance puisse avoir quelque influence sur la production de la gangrène pulmonaire; mais nous pensons que l'accès de l'air est une circonstance indispensable, et d'autant plus que l'épanchement de sang ne peut se faire que par la destruction mécanique du tissu pulmonaire. Un autre cas de gangrène pulmonaire succédant à l'apoplexie pulmonaire est rapporté avec détail par le docteur Law, dans un recueil (2) que je

(1) Cyclopœdia of practical medicine.

(2) Dublin médical transaction, 1830.

n'ai pas pu me procurer à Paris ; mais voici ce qu'il dit lui-même de ce fait dans un autre ouvrage (1). « Dans l'apoplexie pulmonaire le tissu du poumon est déchiré par le sang qui sort de ses vaisseaux, de même que la matière cérébrale est lacérée dans des circonstances analogues. J'ai observé un cas de ce genre, il y a peu de temps. Le sujet était mort d'un crachement abondant de sang putride, et à l'autopsie on trouva une quantité considérable de sang dans le même état dans une cavité qui occupait l'étendue tout entière du poumon droit. »

Parmi les observations de gangrène pulmonaire que nous avons recueillies, la suivante est l'une de celles auxquelles les considérations précédentes nous semblent pouvoir être appliquées avec le plus d'exactitude.

Forte dyspnée à la suite de fatigues ; expectoration sanguinolente ; soulagement à la suite de plusieurs saignées ; récrudescence des accidens avec symptômes de gangrène pulmonaire ; mort ; destructions presque complète du poumon gauche.

Obs. III (2). — Le nommé Viger, âgé de 38 ans, chauffeur de plâtre, jouissant habituellement d'une bonne santé, s'étant livré dans les premiers jours de mai 1828 à des travaux plus fatiguans qu'à l'ordinaire et s'étant refroidi, fut pris subitement de dyspnée très-forte avec douleur au côté et expectoration de crachats où le sang était presque pur. Bien qu'il dise n'avoir point eu de fièvre il fut cependant obligé d'entrer à l'Hôtel-Dieu, salle St.-Charles, où trois saignées et une application de sangsues le soulagèrent. Il voulut alors reprendre ses travaux, mais la dyspnée qui n'avait pas cessé entièrement augmenta ; le crachement de sang qui avait disparu pendant quelques jours revint de nouveau, et le malade fut obligé d'entrer, salle Ste-Madeleine, le 31 mai 1828.

Le 1er juin, figure pâle, traits fortement tirés, peau sans chaleur et pouls sans fréquence : toute la poitrine est sonore en avant et en arrière. A droite, bruit respiratoire normal ; à gauche, mêlé de râles divers et de souffle bronchique. L'air expiré a une odeur fade, tournant à la gangrène ; les crachats, d'un rouge livide, semblables à du chocolat, présentent quelques points blanchâtres assez semblables à du pus, et offrent la même odeur que l'air expiré par le malade. En les examinant avec soin, nous y trouvons de petits grumeaux qui semblent formés de substance pulmonaire ou des débris d'un caillot sanguin. (Limonade, gomme, acide nitrique, fumigations de chlorure de chaux et de vinaigre camphré.)

Le 2, le faciès hippocratica est plus prononcé, ainsi que l'odeur de l'air expiré et des crachats qui ne contiennent que du sang pur, mais noir et mêlé de beaucoup d'air. Le malade, qui a beaucoup de courage, est si faible qu'on ne peut l'ausculter. Dévoiement ; pouls sans fréquence : peau fraîche.

Le 3, on dirait une légère amélioration ; le pouls a pris de la fréquence, 110 pulsations, misérable, dépressible ; le dévoiement continue. (Même traitement.)

Le 4, aggravation de tous les symptômes ; la peau offre une couleur terreuse et de nombreuses rides à la figure ; les crachats, toujours rouillés et d'une fétidité insupportable, présentent de nouveau quelques points blancs semblables à du pus. Le malade meurt dans la nuit.

Autopsie faite 36 heures après la mort.

Habitude extérieure. Pâleur terreuse de la peau, sans bouffissure ni raideur des membres.

Thorax. Le poumon droit très-crépitant, avec quelques adhérences anciennes et un peu de sérosité rougeâtre.

Le poumon gauche ne peut être tiré sans éprouver une déchirure par laquelle il sort plus d'une demi-pinte d'un liquide noirâtre d'une odeur analogue à celle des crachats. Une incision pratiquée dans le sens de la déchirure laisse voir une cavité qui occupe tout l'intérieur de ce poumon, et est encore remplie d'une espèce de bouillie semblable à celle qui est tombée dans la plèvre. Un filet d'eau versé sur cette matière l'emporte presque en entier, et met à découvert un fond blanc, lisse et uni, sur lequel restent encore des portions de cette substance putrilagineuse, ressemblant exactement, à la couleur près, à la conserve des ruisseaux. Les débris des vaisseaux pulmonaires se détachent facilement, et alors il ne reste que les parois uniformément blanches de l'excavation qui est tellement grande, qu'il ne reste au sommet du poumon qu'un pouce environ de tissu pulmonaire à l'état d'induration grise ; la même épaisseur de tissu réduite au même état existe aussi à la base. Le bord antérieur du poumon conservait seul un peu de crépitation dans une étendue de quelques lignes, tout le long de son pourtour. La partie du tissu pulmonaire qui maintenait la forme de l'organe, et qu'on pourrait comparer avec justesse à une simple écorce, n'avait pas plus d'une à deux lignes d'épaisseur, et était aussi partout à l'état d'induration grise. Quant à l'espèce de membrane celluleuse qui tapissait cette immense cavité, elle n'avait pas plus d'une ligne d'épaisseur, et était d'un blanc sale. Quelques tubercules crus ou commençant à se ramollir, existent à la partie supérieure du poumon, et sur quelques autres points on trouve aussi des tubercules miliaires assez nombreux.

Abdomen. La fin de l'intestin grêle présente deux ou trois petites ulcérations qui paraissent de nature tuberculeuse.

Aux observations précédentes qui nous offrent des exemples si remarquables de gangrène pulmonaire circonscrite avec tous les symptômes de l'apoplexie pulmonaire, nous devrions en joindre d'autres où cette dernière altération était ou moins avancée ou moins étendue ; mais nous n'avons point l'intention de pré-

(1) Cyclopœdia of practical medicine, art. *hémoptysie*.

(2) Recueillie dans le service de M. le professeur Récamier.

senter dans cet article l'histoire complète de l'apoplexie pulmonaire. Notre seul but était de prouver que dans un certain nombre de cas la gangrène qui se développe dans le poumon ne le fait que consécutivement à un épanchement de sang considérable dans le tissu de cet organe, et surtout lorsqu'il s'établit une communication entre l'air extérieur et la cavité dans laquelle le sang est contenu.

Nous devrions peut-être examiner ici si les cas de ce genre sont très-fréquens; mais la plupart des faits de gangrène pulmonaire que nous avons parcourus, quelques-uns même de ceux que nous avons recueillis laissent à désirer des renseignemens sans lesquels on ne peut se prononcer sur ce point. Nous savons cependant que tous les cas de gangrène pulmonaire ne peuvent pas être rattachés à l'apoplexie pulmonaire, et que cette grave lésion reconnaît des causes d'une autre nature. M. Guislain en a signalé une très-importante et qui paraît agir spécialement chez les aliénés; il en est encore une autre qui n'a pas fixé l'attention comme elle le méritait. Nous en dirons quelques mots dans le prochain article avant d'arriver au traitement.

N° 39. — 24 Sept.

Description anatomique d'un hermaphrodite connu tour à tour sous les noms de Marie Dorothée Derier et Charles Durgé; par M. le professeur Mayer, de Bonn.

L'individu remarquable dont il va être question, est connu depuis plus de trente ans du public médical, d'abord sous le nom de Marie-Dorothée Derier, plus tard sous celui de Charles Durgé. Né à Berlin ou à Potsdam en 1780, il fut baptisé comme fille. A 20 ans, il avait encore conservé les habitudes et les vêtemens de son premier sexe; il est alors pour la première fois parlé de lui dans les Annales de la science. Hufeland en fait mention dans son journal (année 1801); et déjà à cette époque la perspicacité du patriarche de la médecine allemande s'était prononcée pour la prédominance des attributs du sexe féminin chez Derier.

Plus tard, Derier, qui avait appris à modeler en cire, parcourut les diverses universités d'Allemagne, et voyagea en France, en Angleterre et en Hollande, dans les années 1816 et 1817. On l'employa dans plusieurs musées d'anatomie. Un grand nombre de médecins et de savans eurent occasion de l'examiner : la plupart d'entre eux, et nommément Kopp, Kausch, Mursina, Rosenmüller, Osiander, Lawrence, Green, et la Faculté de médecine de Paris, se déclarèrent pour le sexe masculin. Hufeland que nous avons déjà nommé, Gall et Brooks, se prononcèrent en faveur du sexe féminin. D'autres, et parmi eux les docteurs Schneider et Lauth, Schmidtmüller et Ritgen, opinèrent que Derier n'appartenait à aucun sexe; les différentes parties du corps même furent considérées comme pouvant appartenir tantôt au type masculin, tantôt au type féminin. Le bassin seul fut presque généralement regardé comme un bassin de femme; et cependant l'inspection anatomique, comme nous verrons plus tard, a démontré le contraire.

S'appuyant sur l'opinion de la majorité des médecins qui s'étaient prononcés pour le sexe masculin, et poussé par une sorte de vanité, Derier prit les vêtemens et la manière de vivre de l'homme, et se fit appeler Charles Durgé. C'est sous ce nom qu'il a vécu à Bonn depuis 1820 jusqu'au mois de mars 1835, où il est mort. Durant cette dernière période de sa vie, M. le professeur Mayer l'a eu constamment sous les yeux. Durgé, dit-il, aimait à se ranger parmi les hommes, mais il montrait une certaine prédilection pour les femmes, vers lesquelles ne l'entraînait cependant aucun désir érotique. Son caractère était un mélange de l'homme et de la femme; d'un côté il avait un courage au-dessus de sa taille; il jouissait d'une certaine force musculaire, et aimait à dominer; d'un autre côté, il se distinguait par une grande dextérité manuelle; ses ouvrages en cire étaient toujours fidèles et bien travaillés. Il était animé de sentimens doux et affectueux, et en même temps d'un certain esprit de contradiction.

Il ne s'était plus manifesté, dans ces dernières années, d'écoulement sanguin par les parties génitales, comme cela paraît avoir eu lieu trois fois pendant sa vingtième année; mais il était devenu sujet aux épistaxis et aux hémorrhoïdes, phénomènes que l'on peut attribuer aussi à sa manière de vivre. Il buvait beaucoup de vin, de café et de liqueurs spiritueuses. Jamais il n'eut de pollutions ni d'éjaculations de sperme. Sa voix était devenue plus forte et plus grave avec les progrès de l'âge, mais elle avait néanmoins conservé un son criard; il s'était montré quelques vestiges de barbe; tous les cheveux étaient tombés, à l'exception de quelques mèches longues et pendantes derrière l'occiput. Sa tête et sa face présentaient l'aspect d'une vieille femme; la plupart de ses dents étaient tombées. Son cou était court; poitrine grases et potelée; ses bras et ses jambes avaient la direction des membres de la femme; sa taille, qui avait pris toute sa croissance à 13 ans, était de 5 pieds. A 38 ans il s'était opéré un changement total dans sa constitution; il avait pris un certain embonpoint; sa santé avait été parfaite, à l'exception d'une fièvre nerveuse qui l'attaqua à 40 ans. Il vécut ainsi jusque trois ans avant sa mort, où sa mémoire baissa, et où il perdit le goût de ses ouvrages en cire. Dans le mois de mars 1835, son regard prit un aspect hagard pendant quelques jours, au bout desquels Durgé ou Derier succomba à une attaque d'apoplexie foudroyante.

L'autopsie cadavérique fut faite par M. le professeur Mayer, l'un des anatomistes les plus distingués de l'Allemagne. M. Mayer est entré dans des détails qui paraîtraient fastidieux s'ils n'étaient justifiés par l'importance du sujet. Nous avons cru devoir rapporter fidelement la description du professeur de Bonn, parce qu'elle jette le plus grand jour sur la nature véritable d'un individu qui avait joui d'une certaine célébrité à cause de la difficulté extrême de constater à quel sexe il appartenait; elle nous apprend de plus qu'il peut exister de véritables hermaphrodites chez l'homme, c'est-à-dire

des organes sexuels mâles et féminins sur un même individu.

Autopsie. — Habitus extérieur.

Longueur du corps, 5 pieds; longueur des extrémités supérieures depuis le condyle de l'humérus jusqu'au bout du doigt médian, 2 pieds 4 pouces et quart; extrémités inférieures depuis le grand trochanter jusqu'au talon, 2 pieds 10 pouces trois quarts. Tête de forme féminine, petite, front étroit, bas, occiput bombé, cheveux rares et ne couvrant plus que la région occipitale; barbe peu marquée, cou court, larynx non saillant largeur des épaules 1 pied 2 pouces, boîte thoracique étroite supérieurement, courte, abdomen plus long, seins assez développés, mais mamelons flétris; bassin point large, arcade pubienne pas très-évasée; courbure des bras et des jambes comme chez la femme.

Description des organes à l'intérieur.

Langue courte, large, arrondie, papilles longiformes très-developpées; hyoïde petit mais très-ossifié; le cartilage thyroïde ne forme qu'une légère saillie, il est très-étroit mais d'un tissu assez dur de haut en bas; glande thyroïde assez volumineuse, du reste normale; cornes thyroïdiennes supérieures et inférieures très-longues; ligament crico-thyroïdien et cartilage cricoïde forts et développés; épiglotte courte et large; cavité du larynx peu large, cependant les cordes vocales supérieures et inférieures sont proportionnellement épaisses et fortes; trachée-artère étroite, ses cartilages plus mous que chez l'homme; poumons petits, le droit passagé seulement en deux lobes par une saillie peu profonde et incomplète, le gauche est conformé de même, de plus il est adhérent aux parois du thorax, au péricarde et au diaphragme; le poumon droit, à l'exception de quelques tubercules arthritiques de la grosseur d'un pois, est entièrement sain; le gauche contient un plus grand nombre de ces concrétions, surtout au bord interne du lobe supérieur.

Cœur gros, large, rond, a la forme d'un cœur de femme; sa structure est normale, et son parenchyme musculaire bien nourri; division des vaisseaux de la crosse de l'aorte naturelle.

Estomac de forme oblongue à muscle peu forts; rate adhérente au péritoine, d'une petitesse extrême, longue de 2 pouces et 10 lignes seulement, large d'un pouce 8 lignes; foie moyen; vésicule biliaire contenant une cinquantaine de petits calculs; canal intestinal normal; cœcum grand; appendice vermiforme large.

Seins peu développés; on ne peut y distinguer des granulations glanduleuses, à leur place on trouve une quantité de petits globules d'une graisse rouge-jaunâtre; le mamelon ne proémine que légèrement; il est percé de plusieurs petits trous qui ne sont autre chose que des cryptes sébacés, disposés seulement autour de l'aréole.

Reins oblongs, étroits, petits; capsules surrénales à l'état naturel.

L'Encéphale et nommément le cerveau, petits présentent entièrement l'organisation et la forme de cet organe chez la femme; il est arrondi et symétriquement convexe; lobes peu proéminens; circonvolutions nombreuses, mais étroites; les cuisses du cerveau courtes et d'une texture délicate; le pont de Varole et la moelle alongée, petits; les nerfs et particulièrement la cinquième paire plus faibles que chez l'homme; cervelet moins développé et déprimé, son hémisphère droit remarquablement plus petit que le gauche; il en est ainsi de tous ses lobes et lobules, mais les deux lobules ventriculaires sont surtout arrêtés dans leur développement. Du reste les lames du cervelet sont très-nombreuses; le cerveau présente également un moins grand développement de son hémisphère droit dont les trois lobes se font remarquer par une excavation à la base; corps calleux court; les couches optiques, les corps quadrijumeaux, la glande pinéale et les corps cannelés petits.

Crâne petit, ses os minces, mais solides, sutures non effacées; os de la face peu développés; arcade maxillaire supérieure dégarnie de dents; à l'arcade inférieure restent encore deux petites molaires et les incisives; apophyses mastoïdes assez fortes; front peu saillant, mais sommet de la tête et occiput servant à recevoir les lobes postérieurs plus larges; les bosses correspondantes au cervelet peu prononcées, la gauche plus bombée, la droite plus aplatie.

Colonne vertébrale régulièrement construite, mais les vertèbres, surtout les cervicales et les thoraciques, très-faibles; côtes frêles et aplaties, les troisième, quatrième, cinquième, sixième et septième à gauche sont fracturées, les quatre premières en deux endroits, la dernière en un seul, mais les fractures sont en grande partie consolidées; à ces différens points adhérait la plèvre intimement unie au poumon; le sternum et particulièrement son manche assez forts; tout le thorax est plus étroit que de coutume, principalement à sa partie moyenne, tandis qu'inférieurement il va en s'élargissant davantage.

Les os des extrémités supérieures sont proportionnellement plus développés, mais présentent un caractère féminin, la clavicule et l'omoplate surtout: la première est courte, arrondie, mince et très-courbe; l'avant bras forme avec le bras un angle assez marqué en dehors; la main est petite comme celle d'une femme.

Vertèbres lombaires peu grosses, le sacrum l'est davantage; angle sacro-vertébral peu proéminent.

Le bassin composé d'os forts et solides, est en général étroit et présente *d'une manière évidente la configuration d'un bassin d'homme;* son plus grand diamètre transverse d'une crête iliaque à l'autre a 9 pouces; de l'épine antérieure et supérieure d'un côté à celle du côté opposé, il y a sept pouces 3 lignes; diamètre transverse du détroit supérieur, 4 pouces 5 lignes; diamètre antéro-postérieur, 3 pouces 4 lignes; diamètre oblique, 4 pouces; diamètre transverse du détroit inférieur, 3 pouces, 3 lignes; diamètre antéro-postérieur, 2 pouces, 6 lignes; symphyse pubienne longue et étroite; trous ovales oblongs; l'arcade des pubis est celle d'un homme, formant un angle de 65 degrés; les portions latérales de

l'ilion ont une direction verticale ; les cavités cotyloïdes sont plates tournées en avant, les tubérosités sciatiques se dirigent en bas et en dedans ; tout le bassin est un peu inégal, oblique, de telle sorte que la moitié droite du petit bassin est plus petite et plus étroite que la gauche, et l'angle sacro-vertébral plus penché vers ce côté ; extrémités inférieures d'un tissu osseux très-délicat, col du fémur très-court ; trochanters faibles ; genoux un peu courbés en dedans.

Description des organes génitaux en particulier.

Mont de Vénus peu arrondi ; les poils qui le recouvrent sont clair semés et ne remontent pas jusqu'à l'ombilic, la région anale et le périnée sont également peu recouverts. Longueur du pénis jusqu'à la couronne du gland, 2 pouces ; le gland lui-même a 9 lignes ; la plus grande partie du pénis se cache sous la peau du mont de Vénus ; les corps caverneux sont assez développés, présentent chacun un diamètre perpendiculaire de 8 lignes et ensemble un diamètre transversal de 4 lignes ; tous deux sont séparés par une cloison ; le corps spongieux manque ; le prépuce ne recouvre le gland qu'à moitié ; à l'extrémité du gland et un peu au-dessous se trouve une petite fossette (fossette naviculaire) d'où part un demi-canal qui représente le canal de l'urètre fendu ; il est formé par deux plis de la peau qui en s'écartant postérieurement, peuvent assez bien se comparer aux nymphes, ce demi canal conduit à une ouverture ronde de la grandeur d'un tuyau de plume ; les grandes lèvres dont la peau est froncée, forment le bord postérieur de cette ouverture, et la muqueuse lisse et unie son bord antérieur ; à ce bord antérieur ou supérieur se trouvent deux replis cutanés longitudinaux entre lesquels le demi canal, représentant le canal de l'urètre, se continue en dedans ; aux côtés du bord inférieur s'observent des vestiges de caroncules myrtiformes ; l'ouverture circulaire se continue avec avec un vestibule long de 8 lignes qui conduit en haut dans le canal de l'urètre, et en bas dans un canal plus large qui figure le vagin : la cloison qui sépare en cet endroit le vagin et le canal urétral est découpée en demi-lune, et est située horizontalement ; le canal de l'urètre se trouve à la racine du pénis et est en même temps entouré par la prostate, qui est ferme mais peu épaisse ; le col de la vessie et la vessie elle-même sont régulièrement conformés ; cette dernière est très-musculeuse et a des membranes très-fermes ; les embouchures des uretères ne présentent rien d'anormal.

Le canal que représente le vagin est formé par une muqueuse délicate, pauvre en fibres musculaires ; il est rempli par une mucosité verdâtre ; au commencement il est entouré d'un réseau aréolaire et vasculaire dont on peut cependant facilement le séparer : ce tissu composé en grande partie de veines variqueuses, se continue en montant entre le vagin et l'urètre où il se perd insensiblement ; en cet endroit on voit des troncs veineux en partir, et une forte artère s'y rendre. La longueur du canal vaginal est de 2 pouces 8 lignes, sa largeur en avant où il est le plus ample, de 10 lignes, et en arrière où il est le plus étroit de 6 lignes ; sa surface interne est antérieurement un peu ridée, en arrière elle est lisse mais garnie de petites verrues très-fines, et on y remarque comme des cicatricules de forme étoilée ou réticulaire ; le vagin se termine intérieurement par une portion rétrécie, une sorte d'isthme de structure spongieuse longue de 4 à 6 lignes. Derrière cet isthme qui figure en même temps l'orifice imperforé de l'utérus, commence l'utérus lui-même, qui, se continuant avec la direction oblique du vagin, monte derrière et entre la vessie et le rectum, en se dirigeant de droite à gauche, de manière que son fond se trouve au bord gauche de la vessie, au point de réunion du corps et du fond de cet organe.

L'utérus est extrêmement étroit ; la longueur est de 2 pouces 6 lignes ; on peut y distinguer un col et un fond, le col est plus menu ; sa surface interne ne présente que quelques légers plis et plusieurs taches d'un jaune brun ; sa cavité, qui contient un mucus gélatineux, est plus rétrécie que celle du vagin, et peut à peine recevoir un tuyau de plume ; le fond est un peu plus large, et présente a peu près 6 lignes ; le corps de l'utérus présente des plis plus prononcés et de nombreuses vésicules hydatiformes mêlées çà et là à des taches jaunes.

Les deux trompes s'abouchent exactement au fond de l'utérus ; elles sont de longueur inégale, la trompe gauche a 3 pouces, 4 lignes ; la droite 4 pouces, 4 lignes ; leur canal est rétréci, mais complétement perméable jusqu'à l'ouverture abdominable qui est imperforée et se termine par plusieurs hydatides ; les corps frangés existent, et on remarque des fibres musculaires assez fortes qui partent du fond de l'utérus, dessous le péritoine, passent pardessus sa face antérieure et la vessie, se dirigent vers l'anneau inguinal, et vont se perdre au dehors dans le tissu graisseux du mont de Vénus. Du côté droit, près de l'extrémité libre de la trompe est un petit corps ovale, aplati, auquel se rend un cordon de vaisseaux et de fibres musculaires ; il est entièrement enveloppé dans le péritoine ; sa forme est celle d'une petite amande ; son parenchyme composé évidemment d'un tissu mou, jaune, filamenteux, ressemble tout à fait à celui d'un testicule ; on peut très-bien en retirer les vaisseaux séminifères, et on reconnaît dans le cordon l'artère et la veine spermatique.

A gauche, derrière et un peu en dehors de l'ouverture abdominale de la trompe de ce côté, se trouve également un petit corps rond, aplati, et entouré de péritoine ; mais son tissu est granuleux et se compose de petits grains conglomérés, de sorte qu'il ressemble plutôt à un ovaire qu'à un testicule.

Nous voyons donc ici les attributs mêlés de l'homme et de la femme, d'un côté un testicule en quelque sorte atrophié, il est vrai, un pénis et une prostate : de l'autre, un utérus avec ses trompes, un vagin, et à gauche un corps analogue à un ovaire.

M. Mayer fait encore observer, comme une chose digne de remarque, le développement presque nul d'un des

hémisphères du cervelet, anomalie que Gall avait soupçonnée déjà il y a 25 ans, à cause de l'indifférence de Dérier ou Durgé pour l'un et l'autre sexe. Il est à noter que, du côté droit, où le cerveau et particulièrement le cervelet étaient imparfaitement développés, il n'existait dans la cavité abdominale qu'un corps douteux, celui qu'on crut reconnaître pour un ovaire, tandis que, du côté gauche, il y avait un véritable testicule quoiqu'un peu atrophié. M. Mayer ajoute qu'il n'a observé cette configuration défectueuse du cervelet dans aucun autre cas d'hermaphrodisme, soit chez l'homme, soit chez les animaux.

Recherches sur la coïncidence de l'endocardite, de la péricardite avec le rhumatisme articulaire aigu; par M. V. Cazeneuve, D.M. P.

Tout le monde sait avec quelle facilité les tissus de même nature s'affectent sous l'influence d'une même cause; les membranes muqueuses nous en offrent de fréquens exemples; il n'est pas rare de trouver à l'autopsie des individus morts des suites d'une péritonite chronique, les autres séreuses affectées. Dans ces derniers temps M. Bouillaud a signalé la coïncidence fréquente de l'endocardite, de la péricardite avec l'arthritis. Cette observation est d'une haute importance en médecine pratique; elle est appelée à modifier la manière d'envisager les rhumatismes articulaires. Les faits suivans viennent à l'appui des recherches du professeur de la Charité.

Les anciens avaient observé que des malades affectés de rhumatisme articulaire étaient pris quelquefois d'étouffement, d'anxiété; mais persuadés que l'intégrité du cœur était indispensable au maintien de la vie, ils attribuaient ces phénomènes à une métastase sur le diaphragme, la plèvre, le poumon. Quelques-uns d'entre eux avaient bien signalé vaguement l'existence d'une goutte remontée au cœur; mais, outre qu'ils ne s'expliquaient pas sur la nature de ces métastases, ils ne voyaient là qu'un phénomène fort rare. Depuis que l'on fait avec soin les autopsies, on a pu constater l'existence de phlegmasies du cœur chez des individus morts pendant le cours de rhumatisme articulaire aigu. Ainsi Watson a consigné (Transactions philosophiques, Anat. et phys., année 1790), l'observation d'un jeune homme qui fut pris de dyspnée, de douleur à la région précordiale pendant la durée d'un rhumatisme. A l'autopsie, on trouva le cœur pâle, mou, adhérent au péricarde pariétal par des pseudo-membranes molles.

Mirabeau, sujet à des douleurs rhumatismales, meurt d'une péricardite horriblement douloureuse.

Corvisart est tenté de regarder les affections rhumatismales et goutteuses comme une cause fréquente de certaines adhérences du péricarde.

Pinel cite (Nosogr. philos., t. 2, p. 424) l'observation d'un potier de terre qui, affecté de douleurs rhumatismales dans les lombes, fut pris de dyspnée, d'étouffement avec infiltration générale. L'autopsie fit voir le péricarde organique rugueux, inégal; quelques tubercules dans les oreillettes; la pointe du cœur semblait ulcérée.

M. Mattey, de Genève, rapporte (Journal de Sédillot, t. 52, p. 144 et suiv.) deux faits de ce genre chez deux enfans de 8 et 9 ans. Chez l'un, la péricardite passa à l'état chronique : l'enfant mourut infiltré, après si mois de maladie. A l'autopsie, on trouva les deux feuillets du péricarde tout à fait adhérens au moyen de pseudo-membranes très-organisées; le cœur était hypertrophié. L'autre enfant offrit les mêmes phénomènes, les mêmes altérations. Ce médecin paraît avoir souvent observé cette complication, puisqu'il dit (ouvrage cité) que le rhumatisme du cœur est l'affection la plus fréquente qu'il a vue après celui des muscles volontaires. Il dit plus loin que les désordres organiques du cœur sont le plus souvent le résultat d'un rhumatisme mal traité ou méconnu dès son origine.

M. le professeur Broussais a signalé (propositions de pathol.) cette complication du rhumatisme.

Dundas David (Trans. méd.-chirurg., t. 1) rapporte plusieurs observations de rhumatisme articulaire avec phlegmasie du cœur.

Un fait analogue est consigné dans le tome 31 du Journal universel des sciences médicales, et dans une note qui accompagne cette observation, M. Mérat dit avoir vu souvent cette complication.

M. Raisin de Caen (Journal général de médecine, t. 55, p. 304) cite un cas où l'inflammation débuta par le cœur : ce ne fut que consécutivement que les articulations devinrent malades. M. Itard a consigné trois faits analogues dans sa thèse inaugurale (1824).

On trouve dans le Recueil de médecine vétérinaire, t. 3, année 1826, une observation fort remarquable de péricardite et de rhumatisme articulaire sur un mulet, rapportée par M. Olivier. L'autopsie fit voir les traces d'une péricardite intense, et du pus dans les articulations.

Enfin, MM. Chomel, Hope, Andral, Hollard, Sédillot, Itard, Johnson, Russel, etc., ont cité, soit dans leurs ouvrages, soit dans les recueils périodiques, des cas de rhumatisme articulaire aigu avec phlegmasie des enveloppes du cœur.

Tous ces faits passaient inaperçus lorsque M. le professeur Bouillaud, armé d'un grand nombre d'observations, a démontré la coïncidence fréquente des phlegmasies articulaires avec celle des séreuses du cœur.

Si cette complication n'a été assez généralement admise que dans ces derniers temps, c'est que l'auscultation et la percussion sont à peu près indispensables pour arriver au diagnostic des plegmasies du cœur.

L'endo-péricardite est-elle métastatique dans le rhumatisme articulaire, ou bien n'est-elle qu'une coïncidence? M. Bouillaud admet que c'est une coïncidence dont il établit la loi. D'après cet auteur, la moitié et plus des rhumatismes articulaires aigus, fébriles, est compliquée de phlegmasies des séreuses du cœur. Est-ce là la juste proportion? plusieurs auteurs l'admettent

d'après leur pratique. Quant à moi, je dois à la vérité de dire que, depuis peu de temps, j'ai eu occasion d'observer plusieurs cas (6) de rhumatisme articulaire aigu longtemps fébrile, tout à fait exempt de complication de phlegmasie du cœur.

Accès de rhumatisme antécédens ; rhumatisme articulaire aigu ; péricardite ; guérison.

Obs. I. — Benoît, âgé de 24 ans, pâle, d'une constitution peu forte, ayant eu deux attaques de rhumatisme articulaire, depuis cette époque essoufflé quand il monte un escalier, (je dois noter que pendant le cours du dernier accès de rhumatisme, le malade éprouva une dyspnée et des palpitations très-fortes qui ne durèrent que trois jours), est entré au Val-de-Grace le 7 février 1834, accusant trois jours de maladie. Couché au n. 30 de la salle 8, service de M. Gasc, il nous présenta les symptômes suivans : articulation tibio-astragalienne et fémoro-tibiale droites, tuméfiées, douloureuses, sans changement de couleur à la peau ; le plus léger mouvement de ces articulations était très-douloureux ; pouls fréquent, assez développé, peau chaude et pâle (diète, saignée 15 onces, cat. art. doul.). Le sang est couenneux.

Le 8 et le 9. A peu près le même état; le pouls est très-fréquent et développé, (diète, cat.)

Du 10 au 13. Les articulations de l'avant-bras et du bras droit sont devenues douloureuses elles sont peu tuméfiées, sans rougeur ; celles du membre pelvien ne conservent qu'un peu de gêne dans les mouvemens ; la réaction fébrile est toujours très-intense. (Gomme, verm.)

Le 14. Articulations peu douloureuses ; dyspnée très-forte, anxiété; le malade craint de développer le thorax dans les mouvemens inspiratoires, battemens de cœur très-forts, tumultueux ; l'auscultation fait entendre à la région précordiale, un craquement analogue au bruit de cuir neuf, le cœur me semble volumineux, pouls fréquent, peu développé ; son clair du thorax, respiration vésiculaire dans tout le poumon, absence de toux. (D. 30 sangs. région précordiale, cat.)

Le 15. Mêmes phénomènes, bruit de souffle isochrone aux battemens du cœur. (30 sangs. thorax, cat.)

Le 18. Dyspnée et anxiété moindres ; son mat à la région précordiale ; absence de bruit de cuir neuf ; le pouls conserve sa fréquence et sa petitesse ; l'articulation scapulo-humérale droite devient douloureuse. (D. cat. thorax, 1 gros teint. digit. en frictions.)

Le 20. A peu près même état. (20 sangsues, thorax, cat.)

Le 22. Voussure manifeste de la région précordiale ; son mat de cette portion du thorax dans une grande étendue ; décubitus sur le dos, la dyspnée augmente quand il veut se coucher sur l'un des deux côtés ; léger bruit de souffle, les mouvemens du cœur semblent éloignés ; pouls concentré, moins fréquent, respiration vésiculaire dans tout le poumon ; l'articulation scapulo-humérale droite est encore douloureuse. (20 sangs. rég. précord. cat., frictions avec une once teinture de digitale, potion avec 20 gouttes teinture de scille et de digitale).

Le 24. Le malade se plaint d'uriner difficilement, du reste à peu près même état. (Idem).

Le 26. Urines abondantes, le pouls conserve toujours un peu de fréquence ; il est plus développé que les jours précédens, le cœur semble aussi se rapprocher des parois thoraciques, l'articulation scapulo-humérale n'est plus douloureuse. (Verm, soupe, fric., teinture de digitale) ; le malade s'est promené dans la salle et le soir les jambes sont un peu infiltrées.

Le 28. Le pouls conserve toujours un peu de fréquence, le cœur est très-appréciable à la main, il parait volumineux.

Le 8 mars. Pouls à l'état normal ; le cœur s'entend dans une grande étendue, absence de bruit de cuir neuf, mais léger bruit de souffle, essoufflement facile, le malade dit éprouver encore une douleur sourde dans la région du cœur. Le soir, légère infiltration des extrémités inférieures. (Demie d'alimens.)

Le 16. Mieux, la région précordiale fournit un son mat, mais dans une moins grande étendu que les jours précédens ; elle est encore un peu voussée, léger bruit de souffle.

Le 30. La région du cœur est complétement indolente, elle fournit un son mat; bruit de souffle assez marqué. Ce militaire est sorti réformé vers la mi-avril, il est assez bien rétabli, il conserve toujours une disposition à l'essoufflement.

Dans les premières attaques de rhumatisme, le cœur a été irrité probablement dans sa membrane interne ; de là ampliation de cet organe, altération des valvules : et par suite, essoufflement du malade au moindre mouvement. L'anxiété, les palpitations, le bruit de cuir neuf. la matité très-étendue et la voussure de la région précordiale, l'infiltration des extrémités ; plus tard la diminution de la matité, le rapprochement du cœur des parois thoraciques, nous ont suffisamment indiqué l'existence d'une péricardite avec épanchement ; celui-ci a été peu à peu résorbé.

Mais l'endocarde n'était-il pas enflammé ? le bruit de souffle pourrait le faire penser; cependant je ne le crois pas. La facilité avec la quelle le péricarde s'est laissé distendre par l'épanchement, nous indique assez que les deux séreuses de cet organe n'avaient contracté aucune adhérence, et que dans les premières attaques de rhumatisme il a existé surtout une endocardite. Le bruit de soufle perçu pendant le cours de la maladie pourrait bien être le résultat et de l'altération chronique des valvules et de la compression du cœur par l'épanchement péricarditique.

La voussure et la matité du thorax dépendaient de l'ampliation du cœur et de l'épanchement dans le péricarde. Les modifications présentées par l'artère radiale ont pu nous indiquer les progrès de l'exhalation et de la résorption du liquide épanché.

C'est après quelques jours de durée du rhumatisme que l'inflammation du cœur s'est montrée ; devons-nous

voir dans ce fait une simple métastase? cela peut être; je ne le pense pas néanmoins. La péricardite a persisté pendant que la douleur de l'épaule a reparu. Je crois de plus que si nous avions examiné le cœur dès l'entrée du malade à l'hôpital, nous l'aurions trouvé irrité; car le mouvement fébrile n'était pas en rapport avec l'intensité de la phlegmasie articulaire. Il n'est pas toujours très-facile de décider s'il y a métastase ou complication.

La diminution des urines dépendait-elle de l'emploi de la digitale, qui d'abord ralentirait, puis augmenterait la sécrétion urinaire?

Rhumatisme articulaire aigu; péricardite; guérison.

Obs. II. — Audibert, âgé de 22 ans d'un forte constitution, soldat au 8e léger, ayant déjà eu trois attaques de rhumatisme (la dernière il y a environ un an), fut pris, après s'être exposé au froid, le 10 février 1833, de douleurs dans les membres et de gonflement de l'articulation fémoro-tibiale droite. Entré à l'hôpital de Lille le 14, il fut couché au n° 28 de la salle 16, service de M. Dupuis. A notre première visite il nous présenta les symptômes suivans : articulation du genou droit chaude, douloureuse, tuméfiée; au côté interne de la rotule on sent une fluctuation obscure; insomnie; peau chaude et halitueuse; pouls développé, fréquent; langue muqueuse, canal intestinal sain. (Saignée de 15 onces ; diète.) Le sang est couenneux.

Le 17, l'articulation est moins douloureuse et moins tuméfiée; le pouls conserve une très-grande fréquence. (Diète, catapl, lav.)

Le 19, douleur articulaire très-faible; anxiété; crainte de la mort; dyspnée très-grande; le cœur soulève violemment les parois thoraciques; le pouls est un peu irrégulier, fréquent (110, 112); respiration vésiculaire dans tout le poumon; insomnie. (Saignée de 15 onces; vingt sangsues sur les parois thoraciques; diète.)

Le 21, à peu près même état. (30 sangsues sur la région précordiale; diète.)

Le 25, amélioration; les battemens du cœur sont peu sensibles à la main; le pouls est fréquent, peu développé; les deux articulations radio-carpiennes sont devenues le siége d'une douleur vive et d'un gonflement.

Le 28. A peu près même état du côté des articulations; le thorax fournit partout un son clair, excepté à la région précordiale, où il est manisfestement mat; pouls fréquent, peu développé. (Bouillon, cataplasme.)

Le 6 mars, la douleur et la tuméfaction des poignets ont presque entièrement disparu; même état du côté du cœur, le pouls est moins fréquent. (Vermicelle.)

Le 10, convalescence. Sortie de l'hôpital le 25. A cette époque les battemens du cœur étaient très-forts; le pouls était développé.

Cette observation manque de détails, et surtout des détails relatifs à l'auscultation du cœur. A cette époque je m'étais peu occupé des bruits anormaux de cet organe. Cependant il est impossible de ne pas voir dans ce cas un rhumatisme articulaire avec phlegmasie du cœur. La matité très-étendue de la région précordiale me fait penser que c'était plutôt une péricardite avec épanchement, qu'une endocardite. Dans ce cas, était-ce une métastase ou une complication? sous ce rapport, les réflexions qui accompagnent l'observation précédente sont applicables, à celle-ci.

Je signalerai la persistance du mouvement fébrile après la disparition du gonflement articulaire. Il y a peu de temps encore, on invoquait des faits de ce genre pour prouver l'existence d'une fièvre essentielle rhumatismale.

Hypertrophie du cœur, péricardite, rhumatisme articulaire aigu; suppuration dans l'articulation affectée; érosion des membranes internes de l'estomac.

Obs. III. — F***, chirurgien militaire, âgé de 23 ans, d'une très-forte constitution affecté d'une hypertrophie du cœur, se blessa à l'indicateur de la main gauche le 4 juin 1833, à l'amphithéâtre de l'hôpital de Lille en pratiquant l'amputation partielle du pied par le procédé de M. Lisfranc, sur un sujet mort des suites d'une phlébite.

La petite plaie fut immédiatement lavée et cautérisée. Le soir, le doigt étant un peu douloureux, le malade me témoigna de l'inquiétude sur l'accident qui venait de lui arriver; je cherchai à le rassurer et appliquai un cataplasme.

Le 5. Le doigt est légèrement tuméfié et rouge.

Le 6. La rougeur s'étend un peu à la main.

Le 7. Quinze sangsues posées sur la main font bientôt disparaître la rougeur et la tuméfaction, et le 8, F*** sort pour vaquer à ses occupations. Le soir, il est pris d'un frisson léger.

Le 9. Toux rare et sèche, pouls concentré, fréquent; cette fréquence n'est pas en rapport avec les points de phlegmasie apparens pour nous; petit abcès sur la face dorsale de l'indicateur à l'endroit où la blessure avait été faite; une incision donne issue à une très-petite quantité de pus bien lié; le malade témoigne toujours de l'inquiétude sur son accident, il a eu une syncope.

Le 10. Pouls concentré, fréquent; douleur sourde à la région précordiale, le cœur se débat dans le thorax, toux peu fréquente, décubitus sur le dos de manière à ce que le tronc est fortement incliné en avant; toute autre position est insupportable. (Saignée 12 onces). Nuit assez calme.

Le 12. A peu près même état, douleur vive au niveau de la septième vertèbre cervicale : cette douleur est attribuée par nous à la position fortement fléchie du malade. (D. gomme).

Le 13. La douleur du cou a presque disparu, mais l'articulation huméro-cubitale droite est très-douloureuse : le malade peut à peine la remuer : le pouls est toujours fréquent, l'oreille posée à la région précordiale entend un bruit particulier et que je ne sais à quoi comparer (1), le cœur soulève avec force les parois

(1) C'était sans doute un bruit de cuir neuf ou de frottement.

du thorax ; toux fatigante et sèche. La plaie du doigt indicateur est cicatrisée. (D. gomme).

Le 14. A peu près même état ; le pouls est toujours fréquent ; anorexie. (15 sangs. fossette sus-sternale).

Le 15. Apparition de plusieurs furoncles sur les membres inférieurs : constipation ; le malade est toujours inquiet sur son état et le regarde comme mortel. (D. gomme).

Le 16. Pouls très-fréquent, l'articulation huméro-cubitale est très-douloureuse, un peu tuméfiée, mais sans changement de couleur à la peau. (D. lav. laxatif). Le soir mieux.

Le 18. L'articulation huméro-cubitale est toujours très-douloureuse, arrondie et tuméfiée ; elle a au moins un quart de plus du volume de l'articulation du membre opposé. Le pouls est très-fréquent et concentré (D. gomme cat. art). Vers cinq heures, crainte de la mort ; le malade veut se lever pour écrire son testament ; à cette excitation succède un sommeil profond.

Le 19. Sueur abondante et générale ; les traits sont tirés ; pouls très-fréquent et un peu plus développé ; apparition de boutons d'une couleur violacée au visage, au cou et à la poitrine. (Diète, gomme). Le soir, érysipèle à la joue droite et aux paupières ; dyspnée très-grande, météorisme. (D. 30 sangs. région précordiale et hypochondre gauche. foment. émoll.) Délire pendant la nuit.

Le 20. Altération profonde de le face ; pouls très-fréquent et toujours concentré ; dyspnée très-grande ; déglutition difficile, vomissement de matière verdâtre ; réponses justes ; sensibilité très-grande de toute la peau. Le soir tous les symptômes vont croissant d'intensité, soubresauts des tendons, pouls filiforme, confus, intermittent ; dyspnée ; l'érysipèle s'étend au front. (2 vésicatoires aux jambes, sinapismes aux pieds). Mort vers neuf heures et demie du soir).

Autopsie cadavérique 20 heures après la mort. *Appareil circulatoire.* Les deux feuillets séreux du péricarde recouverts d'une fausse membrane molle, blanchâtre, aréolée ; deux onces environ de liquide sero-purulent dans la cavité du péricarde. Le cœur est très-volumineux, le ventricule gauche très-épaissi. Rien d'anormal dans les valvules, concrétions fibrineuses assez bien organisées dans les ventricules ; rien d'anormal dans les artères ni les veines.

Hépatisation rouge de la base du poumon gauche dans une très-petite étendue.

Erosion de la muqueuse et de la musculeuse de l'estomac dans une assez grande étendue. Une très-grande quantité de pus bien lié dans l'articulation huméro-cubitale droite ; les articulations sont saines.

Cette observation est intéressante sous plusieurs rapports. L'état fâcheux dans lequel se trouvait le moral de F*** par suite de sa blessure à l'amphithéâtre, l'a prédisposé à la double phlegmasie dont il a été atteint et dont le froid a été la cause occasionnelle. S'il est survenu plutôt une péricardite qu'une autre maladie, c'est que le cœur était hypertrophié ; il jouissait d'une activité supernormale.

La péricardite a été presque complétement méconnue ; la fréquence du pouls, qui était sans harmonie avec les autres symptômes, aurait dû cependant engager le médecin à examiner avec soin l'organe central de la circulation. Cette phlegmasie aurait été sans doute diagnostiquée, et partant le traitement plus actif.

La scène morbide a commencé par la péricardite, et le rhumatisme n'est venu que secondairement ; ce n'était donc pas une métastase, mais bien une coïncidence.

La douleur éprouvée par le malade à la partie inférieure du cou était de nature rhumatismale ; elle a disparu en même temps que l'articulation du coude est devenue douloureuse ; de plus, cette douleur coexistait avec une péricardite.

Le pus trouvé dans l'articulation démontre que l'arthrite rhumatismale est une phlegmasie du tissu séro-fibreux articulaire. En effet, les systèmes veineux et artériels sont sains ; la saignée a été faite au bras gauche et le rhumatisme est à droite : l'articulation huméro-cubitale est seule affectée, et les signes de l'amas d'un liquide dans cette partie ont été précédés, pendant quelques jours, d'une douleur très-vive dans cette articulation ; il n'existe aucun abcès métastatique dans les viscères ; ce n'était donc pas une infection purulente. Toutefois je dirai que cette inflammation articulaire a duré à peine huit jours ; la quantité de pus dans l'articulation était très-considérable pour un temps aussi court.

Le ramollissement et presque la perforation des membranes de l'estomac est un fait fort remarquable, et qu'il était impossible de prévoir vu le bon état de la nutrition. N'est-ce pas à cette altération qu'on doit rapporter l'anorexie, le vomissement, la douleur épigastrique éprouvés par le malade? on sait que ces symptômes ne sont pas rares dans les faits de ce genre.

L'apparition et l'aspect violacé des furoncles ne dénotaient-ils pas une altération profonde du sang, et dans ce cas d'où provenait cette altération ? était-elle le résultat de l'introduction dans le sang de quelques molécules hétérogènes déposées dans la plaie par le couteau à amputation ? Cela n'est pas probable. Dépendait-elle de l'état fâcheux dans lequel se trouvait le système nerveux ? je ne le crois pas. Etait-elle (cette altération) le résultat d'une résorption purulente, et dans ce cas, le péricarde rempli de pus était-il un foyer d'infection ? c'est possible. Au reste, n'insistons pas trop sur ces hypothèses plus ou moins admissibles.

Le traitement a été trop peu actif. Sans aucun doute, si on avait cru à l'existence d'une péricardite, les émissions sanguines auraient été beaucoup plus multipliées ; au reste, ce fait prouve combien le diagnostic influe sur la thérapeutique. Il n'existait aucun rétrécissement dans les divers orifices du cœur, et le ventricule gauche était très-hypertrophié. Le système musculaire était généralement très-développé chez ce sujet.

Rhumatisme, endopéricardite chronique ; recrudescence.

Obs. IV. — Dugelay, 27 ans, d'une forte constitution, ayant toujours joui d'une bonne santé, fut pris, il y a dix ans, à la suite d'un refroidissement, d'un rhumatisme qui a parcouru plusieurs articulations et dont la durée a été d'un mois et demi. Des sangsues posées *loco dolenti*, plus tard des vésicatoires ont constitué tout le traitement. Ce rhumatisme s'est renouvelé plusieurs fois, et ce malade dit n'avoir pu travailler comme à son ordinaire pendant trois ans. Il ajoute que pendant la première attaque de rhumatisme il a été pris d'étouffement ; que depuis cette époque, il a éprouvé des palpitations ; ces palpitations ont augmenté et sont devenues plus fortes à mesure que les attaques se sont répétées. Il dit aussi avoir les jambes infiltrées quand il marche plus qu'à l'ordinaire. Entré le 6 mars 1836 au Val-de-Grâce, salle 11, service de M. Broussais père, il accuse six jours de maladie et ne sait à quoi attribuer cette recrudescence.

Le 7, il nous a présenté les symptômes suivans : voussure et matité de la région précordiale dans l'étendue environ de trois pouces et demi carrés ; frémissement cataire très-prononcé ; la point du cœur n'est pas nettement sentie, quoique cet organe semble très-superficiellement placé ; on aperçoit le double mouvement des oreillettes et des ventricules ; on entend un bruit de soufflet prolongé isochrone à la dilatation ventriculaire et qui masque presque entièrement les autres bruits du cœur, pouls médiocrement développé, fréquent (108, 110), douleur et léger gonflement de l'articulation radio-carpienne droite ; le canal intestinal est sain ; absence de toux, absence de bruit anormal dans le poumon. (Saignée 15 onces, ventouses scarifiées à la région précordiale ; pot. digitale 20 gouttes, cataplasmes sur l'articulation.)

Le 8. Mieux sensible. (40 sangs. région précordiale, potion digitale 30 gouttes.)

Le 11. Amélioration très-grande, le pouls est à 60 p., frémissement cataire moindre, la matité semble aussi avoir un peu moins d'étendue, le bruit de soufflet, beaucoup moins prononcé, s'entend encore entre la 5e et la 6e côtes gauches, et à un demi pouce environ en-dedans du mamelon correspondant ; il masque en partie le bruit valvulaire, cependant en auscultant sur le sternum et à un pouce et demi de son extrémité inférieure, il me semble entendre le bruit de soupape du cœur ; le gonflement de l'articulation radio-carpienne a disparu. (Soupe, verm.)

Quelques jours après, ce malade est tout aussi bien qu'il peut l'être ; il présente encore tous les signes d'une grave maladie des séreuses du cœur. Sorti de l'hôpital le 24.

Dans la première attaque de rhumatisme, les deux séreuses du cœur ont été enflammées, et c'est par suite des lésions qui ont succédé à ces phlegmasies, que le malade est resté essoufflé, palpitant, disposé à l'infiltration. Le point où le bruit de soufflet est perçu, me fait penser que la valvule mitrale est le siége principal de l'affection. En effet, c'est pendant la dilatation ventriculaire, un peu en dedans du mamelon gauche et entre les cinquième et sixième côtes, qu'on l'entend. Ce bruit est dû évidemment au frottement, au retrait du sang par suite de l'insuffisance valvulaire. C'est par suite de cette lésion que le cœur a augmenté de volume.

Dans ce cas encore les phlegmasies du cœur et de l'articulation ont débuté simultanément, il y avait coïncidence ; la phlegmasie articulaire ne rendait pas compte de l'intensité du mouvement fébrile.

Ce malade nous a présenté une particularité que je suis bien aise de signaler : les battemens du cœur étaient superficiels ; on pouvait apprécier les mouvemens des oreillettes et des ventricules ; la pointe du cœur n'était pas nettement sentie à la main ; le pouls, quoique fréquent, était mou.

De quoi dépendaient ces phénomènes ? Je pense qu'ils annonçaient des adhérences intimes entre les deux feuillets du péricarde et du feuillet fibreux avec les parois thoraciques. J'ai eu occasion d'observer plusieurs faits analogues, et l'autopsie a malheureusement confirmé le diagnostic porté.

Dans les cas de ce genre, on entend presque toujours un bruit de souffle dû à une insuffisance valvulaire, lors même que ces soupapes sont parfaitement saines. L'on conçoit en effet que le cœur, par suite de ces adhérences, ne refoule pas fortement la colonne sanguine ; les valvules, dans les mouvemens de systole, ne peuvent pas obturer parfaitement les orifices du cœur ; de là reflux du sang dans les ventricules ; de là le bruit de souffle. Les adhérences du péricarde, surtout, quand le feuillet fibreux adhère au thorax, sont, je crois, une cause puissante de dilatation du cœur, une cause d'insuffisance valvulaire, et par suite d'infiltration générale. J'ai pardevant moi deux faits d'anasarque qui ne reconnaissaient pas d'autre cause. J'insiste à dessein sur l'importance du diagnostic de ces adhérences du péricarde, non que cette lésion soit curable, mais bien parce qu'elle peut indiquer au médecin la nature de la cause de quelques hydropisies générales. Dans le cas qui nous occupe, ce symptôme manquait, les extrémités inférieures étaient seulement infiltrées ; la lésion du cœur n'était pas, sans doute, très-avancée.

Je n'ai pas observé une espèce d'ondulation à la partie supérieure du ventre, signalée par Sander comme symptôme des adhérences des deux feuillets séreux du péricarde.

Rhumatisme ; péricardite chronique ; gastro-entérite aiguë ; mort ; autopsie.

Obs. V. Schitz, âgé de 38 ans, sujet à des attaques de rhumatisme articulaire, entra à l'hôpital de Lille le 30 décembre 1832, pour un eczema au coude. Cette maladie disparut bientôt ; et, dans le but d'améliorer les douleurs rhumatismales, on prescrivit le sirop sudorifique, la tisane de salsepareille et la teinture de colchique. Cette médication a été continuée depuis le 21 janvier

jusqu'au 3 avril. Le malade était aux trois quarts d'alimens.

Vers la fin de février, il survint à la partie interne et supérieure de la cuisse droite une inflammation aiguë du tissu cellulaire sous-cutané ; des sangsues, des cataplasmes furent posés *loco dolenti ;* le pus s'amassa en foyer ; on ne voulait pas l'ouvrir, pensant que c'était un abcès par congestion.

Le 3 avril, il survint une irritation aiguë du canal intestinal ; l'alimentation fut un peu diminuée ; du reste, mêmes prescriptions pharmaceutiques.

Les 6 et 7, pour remédier à des vomissemens opiniâtres, on donna de l'opium, de la teinture de colchique. Enfin, le 9, transféré dans un service de fiévreux, il nous présenta tous les signes d'une gastro-entérite aiguë intense, avec délire. Le pouls était très-fréquent, peu développé, facile à déprimer ; *les mouvemens du cœur étaient superficiels.* (L'abcès fut ouvert, des sangsues furent posées à l'épigastre et sur le trajet des jugulaires.) Le malade mourut le 12.

A l'autopsie, on trouva les traces d'une vive inflammation de la muqueuse intestinale ; l'estomac et le duodénum étaient surtout altérés. Les deux feuillets séreux du péricarde adhéraient entre eux dans toute leur étendue ; les cavités du cœur agrandies sans aucune altération du tissu musculaire ni de l'endocarde.

Ce militaire avait eu plusieurs attaques de rhumatisme et nous trouvons à l'autopsie les traces d'une ancienne péricardite. Encore dans ce cas mouvemens du cœur superficiels, pouls mou, facile à déprimer et gêne de la systole du cœur par suite des adhérences du péricarde. L'ampliation du cœur était due à ces adhérences. Les excitans tels que le colchique, la salsepareille, etc., sont-ils étrangers à la gastro-entérite qui a enlevé le malade ? je ne le pense pas.

Obs. VI. — Il y a quinze jours environ, un militaire passant au Mans pour se rendre dans sa famille avec un congé de réforme, vint solliciter auprès de moi les moyens de transport, disant qu'il ne pouvait marcher, ses jambes étant infiltrées. Je dus examiner le cœur ; je trouvai un beau frémissement cataire et un bruit de râpe isochrones à la systole ventriculaire.

Questionné s'il est sujet à des rhumatismes articulaires, il me dit qu'il en avait eu trois attaques ; que depuis cette époque il avait éprouvé des palpitations, des étouffemens, et que, depuis cette époque aussi, les jambes s'infiltraient quand il restait longtemps debout. Je voulais l'envoyer à l'hôpital, désirant l'examiner avec plus de soin ; il avait hâte de rentrer dans ses foyers, venant de perdre son père.

Je ne résumerai pas les principales circonstances des observations ci-dessus, les réflexions qui accompagnent chacune d'elles peuvent m'en dispenser ; de plus je n'ai voulu que rapporter des faits : cependant je dirai que dans nos deux premières observations la phlegmasie du cœur a été constatée quelques jours après le début du rhumatisme ; que cette phlegmasie a persisté pendant que les articulations sont redevenues douloureuses. Je pense que si nous avions examiné le cœur nous aurions constaté plutôt l'existence de la phlegmasie de cet organe. Dans la troisième observation la scène morbide a commencé par le cœur, le rhumatisme articulaire est venu plus tard. Dans notre quatrième observation les deux phlegmasies du cœur et des articulations ont débuté simultanément. L'endocardite et la péricardite ne sont donc pas une métastase dans le sens accordé à ce mot, mais bien une coïncidence. Je ne sais si dans la moitié des rhumastismes articulaires aigus il existe une phlegmasie du cœur ; mais ce qu'il y a de certain c'est que depuis que M. le professeur Bouillaud a éveillé l'attention sur ce point de pathologie un grand nombre de médecins ont constaté cette coïncidence.

Le bruit de souffle est le symptôme qui manque le plus rarement dans l'endocardite. Ce bruit ne dépend pas du mouvement fébrile ; car il n'existe pas dans tous les rhumatismes très-aigus ; il n'existe pas dans les phlegmasies avec réaction fébrile intense lorsque le cœur ne participe pas lui-même à l'inflammation : du moins tel est le résultat des nombreuses observations comparatives que j'ai faites.

J'ai dit dès le commencement de ce travail que la découverte de cette coïncidence était d'une haute importance en médecine pratique. En effet, le plus grand nombre de cas de rhumatismes articulaires mortels le sont devenus par la phlegmasie du cœur. Si on avait traité activement cette phlegmasie on aurait pu sans doute conserver les jours de quelques malades ; d'autant que les inflammations, dites rhumatismales, cèdent plus facilement que les autres à un traitement approprié. Cette coïncidence devra aussi être prise en considération dans le pronostic de l'arthrite aiguë.

Cette coïncidence étant bien constatée (elle l'est, je crois, suffisamment aujourd'hui), il est impossible de ne pas admettre la nature phlegmasique du rhumatisme contestée par quelques auteurs.

L'endocardite et la péricardite expliquent naturellement, dans certains cas, la persistance du mouvement fébrile après la disparition de la phlegmasie articulaire et aussi le peu de rapport qui existe quelquefois entre ce mouvement fébrile et le gonflement des articulations.

La connaissance de cette complication doit engager les médecins à traiter plus activement qu'on ne le faisait les phlegmasies articulaires. L'endo-péricardite sera d'autant moins fréquente et surtout d'autant moins grave que le traitement du rhumatisme sera plus énergique. Je n'ignore pas que des phlegmasies du cœur sont survenues pendant le cours de rhumatismes articulaires aigus contre lesquels on avait déployé un traitement antiphlogistique très-actif. Ces faits ne me semblent pas infirmer ce que je dis ; je pourrais aussi citer plusieurs observations de péricardite rhumatismale guéries très-rapidement sous l'influence des émissions sanguines répétées.

——

Sur les pieds-bots congéniaux, par le docteur Vincenzo-Colosimo.

Après avoir jeté un coup-d'œil rapide sur l'histoire pathologique et thérapeutique des pieds-bots, l'auteur pose en principe que c'est chez les jeunes sujets que la cure est le plus facile et qu'il faut conséquemment la tenter sans délai. Il a eu à traiter un jeune enfant à laquelle il a appliqué un appareil de son invention et qui est parfaitement guérie. Voici comment il procède :

Il rétablit le pied dans une position normale avec les mains, ce qui se fait sans nulle difficulté, surtout si l'on a relâché préalablement les parties à l'aide de bains ; et on soutient cette rectification en entourant le pied d'un bandage en forme de spica. Sur ce bandage on applique l'appareil dont voici la description :

La première pièce de l'appareil est une attelle d'acier, d'un demi pouce de largeur, qui s'étend dans toute la longueur de la jambe jusqu'à la semelle du soulier. A la partie postérieure elle doit porter une petite traverse, et une autre semblable au coude-pied sur la malléole externe. Sous la traverse inférieure l'attelle est repliée en dehors autant qu'il est nécessaire pour attirer le pied en ce sens et le maintenir en position normale. Les traverses sont munies de quatre clous à bouton pour fixer l'attelle sur la jambe au moyen de courroies pourvues de trous, dont l'une tombe sous le genou, l'autre sur le coude-pied.

La seconde pièce est une plaque rectangulaire munie d'une mortaise oblongue dans laquelle vient se fixer la partie inférieure de l'attelle, figurée de manière à s'y enchasser d'une manière solide. Cette plaque doit être cousue dans la semelle du soulier, en sorte que sa mortaise seule ressorte en dehors pour recevoir l'attelle.

La troisième pièce est une bottine en peau molle, telle que le veau anglais, montée sur une semelle solide, à laquelle est cousue la plaque indiquée. La bottine lacée en avant porte un contrefort de cuir fort derrière le talon, qui monte jusque sous la malléole, et est cousue à la bottine à la manière ordinaire. Le tout doit être bien rembourré, principalement l'attelle et ses courroies. A l'attelle on peut ajouter un ressort qui remplace sa partie inférieure et attire davantage le pied en dehors ; ce ressort serait fixé à la partie supérieure de l'attelle au moyen d'une vis de pression qui permettrait de la raccourcir ou de l'allonger à volonté.

On applique cet appareil sur la jambe et le pied de l'enfant, et on réitère cette application tous les deux jours. Il ne faut pas, ajoute l'auteur, regarder au temps. L'appareil doit être continué pendant deux ans en allongeant le ressort et augmentant les dimensions de la bottine autant que cela devient nécessaire. Il ignore d'ailleurs si cette bottine aurait la même efficacité sur des enfans de 7 à 12 ans ; cela est probable, toutefois si les os n'étaient point déjà hypertrophiés et les facettes articulaires détruites ; mais alors le cas serait rebelle à tous les appareils.

Il faut faire la plus grande attention à la manière dont les enfans commencent à marcher ; regarder comme ils portent le pied et comme ils appuient la plante. M. Colosimo a noté que dans la déviation congéniale, ordinairement les enfans portent la pointe du pied inclinée en dedans. L'attelle droite ne peut rien contre cette tendance ; il faut alors y joindre une autre pièce d'acier consistant en un arc de cercle fixé par une extrémité à l'attelle au-dessous de la traverse inférieure et dont l'autre extrémité va rejoindre le bord externe du pied au niveau de l'articulation du métacarpe avec les orteils.

Pour les nouveau-nés, cet appareil serait trop lourd ; l'auteur se contente d'une semelle solide fixée à deux attelles parallèles, lesquelles sont unies à la jambe à l'aide de courroies suffisamment rembourrées. Il faut les resserrer tous les jours.

L'appareil de M. Colosimo a les inconvéniens de tous les appareils mécaniques employés chez les très-jeunes sujets : il détermine une compression douloureuse et presque toujours insupportable sur un ou quelques points particuliers, et il est susceptible de se relâcher. L'auteur n'a pas méconnu ce dernier inconvénient, puisqu'il parle de deux ans de traitement. M. Colosimo n'aurait pas sans doute hésité à lui préférer l'emploi du plâtre coulé, s'il avait eu connaissance des succès obtenus par ce mode de traitement.

(*Il Filiatre Sebesio.*)

JOURNAL HEBDOMADAIRE

DES

PROGRÈS DES SCIENCES

ET

INSTITUTIONS MÉDICALES.

SEPTEMBRE 1836.

N° 36. — 3 Sept.

De l'onyxis; par M. J.-L.-H. Jardon, de Boulogne-sur-Mer, docteur en médecine. (Suite).

Le procédé de M. *Guilmot*, celui presque identique de M. *Sommé*, bien que reposant l'un et l'autre sur un excellent précepte, la soustraction de la cause, ont aussi l'inconvénient de ne remédier que momentanément au mal, parce que cette cause tend à se reproduire dans la mesure de l'accroissement de l'ongle; mais comme ils ne sont destinés à combattre que des cas peu graves, que des onyxis du premier degré, souvent encore exempts d'ulcérations, il serait déraisonnable de ne pas les préférer à d'autres procédés d'un emploi plus douloureux. Il faut reconnaître cependant qu'en ôtant à la pulpe de l'orteil l'appui que lui fournit l'un des angles de l'ongle, ils favorisent son élévation, lui laissent la latitude de déborder cette partie, lui permettent de contracter l'habitude de cette position, et préparent ainsi une incarnation très-grave de l'ongle, si on le laisse repousser. On est donc condamné, après cette légère opération, à tenir, comme le recommande M. *Guilmot*, l'ongle toujours très-court et bien aminci dans le sens indiqué par la résection. Mais, à part cette légère sujétion, ces procédés sont parfaitement convenables au premier degré de l'onyxis.

L'avulsion de l'ongle, soit par le procédé de *Dupuytren*, soit par celui de M. *Blaquière*, aujourd'hui assez fréquemment employée, ne me paraît pas non plus mériter toute la faveur dont elle jouit. Je me hâte cependant de la justifier du reproche mal fondé qu'on lui a adressé, en la jugeant défectueuse parce qu'elle s'adresse à l'ongle, c'est-à-dire, à la partie qui n'est pas le siége de la maladie; car il est bien évident que si l'ongle n'est pas le siége du mal, il a du moins concouru énergiquement à sa production, et que, lorsque celui-ci est développé, c'est lui seul qui, agissant à la manière d'une épine, l'entretient et l'exaspère. Il est donc très-rationnel d'éliminer un élément aussi actif de désordre, et rien ne me semble pouvoir justifier le reproche adressé à cette méthode, qui ne doit en réalité sa faveur qu'aux résultats heureux et prompts de l'arrachement de l'ongle.

Il faut tout dire cependant: ce procédé a de graves inconvéniens; il cause d'excessives douleurs, et, bien que le manuel du professeur *Dupuytren* soit très-rapide et ménage le plus possible la sensibilité des parties, il n'en est pas moins des plus douloureux; il expose à des échappées que des mains peu exercées peuvent facilement prolonger jusqu'au métatarse, il n'est en définitive que palliatif toutes les fois que la matrice de l'ongle a été modifiée dans sa forme par la pression des chaussures (cas plus communs qu'on ne pense), puisqu'alors son produit repousse dans sa vicieuse direction; aussi a-t-on vu des cas où la maladie s'est reproduite deux et trois fois. La guérison est presque toujours entravée par la formation de productions cornées irrégulières qui sortent du fond de la matrice de l'ongle, productions que l'on est forcé d'arracher avec de nouvelles douleurs, et qui reparaissent quelquefois indéfiniment. Parfois même, quand l'ulcération est trop profonde ou qu'il s'est formé des végétations trop considérables, l'ongle repousse avant que le fond de la rainure soit disposé à se cicatriser, et presque tout est à recommencer. Aussi le procédé de M. *Bégin*, qui cause moins de douleurs, qui n'a presque aucun des inconvéniens que je viens de signaler, et qui arrive à des résultats aussi satisfaisans et aussi prompts, me paraît-il préférable, quoiqu'il ne soit lui-même qu'un procédé palliatif.

Le professeur *Dupuytren* avait si bien remarqué que la reproduction de la maladie était chose fréquente après l'emploi de sa méthode, qu'il détruisait parfois la matrice de l'ongle par le cautère actuel, lorsqu'il prévoyait une reproduction vicieuse de celui-ci, ou qu'une première opération n'avait pas réussi. C'était rendre son procédé réellement curatif, car nulle récidive n'est possible après la complète destruction de l'organe sécréteur de la matière cornée; et, sous ce rapport, l'opération, ainsi modifiée, mérite d'être recommandée dans les cas graves que plusieurs récidives signalent comme réfractaires aux moyens ordinaires. Mais la douleur extrême que doit causer une telle opération,

et la difformité qui en résulte, ne doivent y faire recourir qu'avec une grande réserve.

J'arrive à la méthode thérapeutique de M. Brachet de Lyon, méthode peu employée aujourd'hui, que je sache, et pourtant la seule (si j'en excepte le procédé avec ustion de *Dupuytren*) qui me paraisse pouvoir le disputer au procédé de M. *Vésignié*, et devoir guérir radicalement l'ongle incarné proprement dit. Que faut-il faire, en effet, pour obtenir la cure radicale de cette affection? Ramener l'ongle et sa matrice à leur configuration normale, ou bien éliminer pour toujours l'agent passif sur lequel viennent se couper les chairs, c'est-à-dire, détruire l'ongle dans sa source, ou enfin faire disparaître à jamais les chairs qui, placées sous son bord et en dehors de lui, sont à chaque instant refoulées contre son tranchant par les pressions du gros orteil sur le sol. En dehors de ces trois grandes indications, il n'y a pas, il ne peut y avoir, j'ose le dire, de cure véritablement définitive. Nous avons vu à quel prix le professeur *Dupuytren* remplit la seconde; voyons maintenant, avant de passer à l'appréciation du procédé nouveau, ce qu'il en coûte au malade pour que la troisième soit bien remplie.

Je suis loin de croire, quoiqu'on l'ait dit et répété, que le procédé de M. *Brachet* doive être considéré comme une ressource extrême de l'art, à mettre presque sur le même rang que l'amputation de l'orteil; je pense, au contraire, que, eu égard à ses prompts et heureux résultats, il est en somme moins douloureux que la plupart des autres, et qu'il est certainement moins cruel que l'arrachement de l'ongle et l'ustion ou l'excision de sa matrice; il est d'ailleurs d'une exécution rapide, et trop peu laborieux, dans tous les cas, pour faire souffrir longtemps le patient. Un paragraphe de l'auteur, que j'ai transcrit plus haut, atteste, en outre, que la plaie est facilement conduite à la guérison. Quoi donc de plus simple que ce procédé? Mais fût-il très-douloureux, susceptible même de quelques accidens, il devrait encore l'emporter sur tous les autres (dans les cas graves au moins), parce qu'il guérit rapidement, radicalement surtout, et qu'il laisse intact un corps préservateur, l'ongle, dont la présence sur la face dorsale de l'orteil n'est certainement pas inutile.

S'il était possible de limiter exactement l'action de la potasse caustique, le procédé de M. *Levrat-Peroton*, qui ne diffère du précédent que par le moyen d'exécution, mériterait peut-être la préférence; car, outre l'avantage d'obtenir plus facilement l'adhésion des malades, auxquels les opérations sanglantes répugnent toujours extrêmement, il paraît avoir encore ceux de faire taire rapidement les douleurs de la maladie, par modification des parties, et de permettre aux malades de se livrer à leurs occupations habituelles peu après la formation de l'escarrhe : c'est là du moins ce qu'avance l'auteur, qui étaie son procédé des résultats d'expériences assez nombreuses. Je crois qu'en substituant à la potasse caustique la pâte de chlorure de zinc, dont on peut à volonté limiter ou étendre l'action en surface et en profondeur, on rendrait ce procédé assez sûr pour qu'on dût toujours le préférer à celui de M. *Brachet* chez les sujets pusillanimes.

Quoique j'aie déjà décrit fort en détail le procédé de M. *Vésignié*, je m'y arrêterai encore quelques instans pour compléter la pensée de l'auteur, apprécier le mode d'action de l'instrument, et déterminer les cas dans lesquels son emploi me paraît devoir être préféré.

Bien que le levier que représente l'instrument de M. *Vésignié* soit très-défavorablement disposé pour un emploi avantageux de la puissance, celle-ci n'en reste pas moins capable de produire tous les effets qu'on en attend, parce que la force dont elle dispose, et qui est représentée par le mouvement de la vis, est en quelque sorte illimitée. Il est d'ailleurs toujours loisible de diminuer assez la résistance de l'ongle pour que le redressement de ses bords n'exige pas une grande tension des agrafes, et par suite n'entraîne point une pression douloureuse à la surface qui leur sert de point d'appui.

Le grand avantage qu'offre ce procédé, c'est de relever les bords de l'ongle sans refouler sa matrice comme celui de *Fabrice d'Aquapendente*, et sans susciter les intolérables douleurs de celui de *Desault*. Comme on peut procéder graduellement à ce redressement, rien n'oblige à séparer l'ongle de son organe producteur au niveau de ses bords : cet organe, peu à peu entraîné, suit les bords de son produit qui se relèvent, et si l'instrument reste assez longtemps appliqué, il contracte l'habitude de cette nouvelle position, et finit par mettre à l'abri de toute récidive, si les causes qui l'ont une première fois déformé ne se retrouvent plus en action.

Si, comme il arrive assez souvent, le bord incarné de l'ongle est d'avance séparé de sa matrice dans une certaine étendue, les agrafes, en redressant ce bord, en soustrayant pendant longtemps l'organe générateur à la compression qu'il exerçait, permettent à ce dernier de reprendre sa direction et son niveau normal, et, dans ce cas encore, assurent la guérison.

Le redressement du bord incarné a pour effet immédiat de soustraire les chairs déchirées à l'épine qui les blessait : qu'elles soient toujours alors disposées à une prompte cicatrisation, je le conçois pour les cas légers; mais dans les cas graves, lorsque d'énormes fongosités débordent l'ongle, et qu'une matière sanieuse se produit et croupit, dans le fond du sillon, il est au moins douteux que le redressement de l'ongle puisse suffire à la guérison. Le silence que garde M. *Vésignié* sur le traitement accessoire qui conviendrait alors, semble indiquer qu'il n'a encore employé son instrument que dans des cas de gravité médiocre; et je suis d'autant plus disposé à penser ainsi, qu'il me paraît très-difficile, pour ne pas dire impossible, d'aller porter l'agrafe sur le bord de l'ongle à travers la masse fongueuse qui, quelquefois le surmonte, et qui, en s'élevant, l'enfonce relativement à une grande profondeur.

C'est aux cas de moyenne intensité, comme aussi à tous ceux qui ne sont qu'à leur début, que me semble devoir être borné l'emploi de la méthode de M. *Vésignié*. Dans ces circonstances, elle sera indubitablement préférée à toutes les autres, non-seulement parce qu'elle

l'emporte sur toutes par sa bénignité et la facilité de son emploi, mais encore parce qu'elle est du petit nombre de celles qui peuvent procurer une guérison radicale. J'ajouterai cependant que pour qu'elle soit bien réellement curative, il faut que les agrafes restent appliquées pendant très-longtemps : M. *Vésignié* ne me semble pas avoir assez insisté sur ce point, que je considère comme très-important. Vouloir changer la direction de l'ongle, c'est vouloir faire subir une semblable modification à sa matrice : il faut du temps pour cela, et j'incline fort à croire que si on ne laissait appliquées les agrafes que pendant le temps nécessaire à la cicatrisation des chairs, on n'aurait remédié qu'à un accident de la maladie, et rien fait pour la cure radicale.

Si l'on voulait essayer ce procédé dans les cas d'ongles rentrés devenus très-graves, il serait rationnel d'enlever préalablement toutes fongosités exubérantes avec l'instrument tranchant, à la manière de M. *Bégin ;* on arriverait ainsi facilement au bord incarné de l'ongle, et sûrement que l'application des agrafes et quelques cautérisations avec le nitrate procureraient bien vite la cicatrisation. Mais dans tous les cas de cette nature je préférerais encore, comme plus expéditive, la méthode de M. *Brachet.*

J'omets à dessein de discuter la valeur du procédé de M. *Lafaye ;* il méritait à peine une mention.

Le traitement de la seconde forme d'onyxis que j'ai décrite, de celle qui a son siége au pourtour de la base de l'ongle, varie avec son degré de gravité. Si la marche en est franchement inflammatoire, du pus se forme bientôt sous l'ongle, et le détache dans une étendue variable : il faut alors seconder le travail de la nature, et pratiquer l'avulsion de ce corps pour faire cesser toute compression et donner une libre issue au pus ; puis, après avoir détergé la partie suppurante, on l'abritera du contact de l'air par une compresse fenêtrée enduite de cérat et reconverte d'un léger plumaseau de charpie.

Ces soins suffisent souvent pour procurer une guérison solide, parce qu'après quelques jours l'organe sécréteur, rendu à l'exercice normal de sa fonction, travaille à la formation d'un nouvel ongle qui le met bientôt à l'abri de toute irritation extérieure. Mais les choses ne se passent pas toujours ainsi : quelquefois la matrice de l'ongle ulcérée ne tend nullement à se cicatriser ; elle fournit une suppuration fétide qui corrode les parties voisines ; des faisceaux de tissu corné, altéré, paraissent çà et là irrégulièrement, et, loin de hâter la guérison, ne constituent qu'une complication fâcheuse : vainement tenterait-on de les arracher, ils se reproduisent incessamment et aggravent les douleurs. Dans cet état, la maladie ne tend plus ni à s'accroître, ni à guérir, et rien ne peut modifier avantageusement la surface ulcérée. Convaincu par l'expérience que, dans les cas de cette espèce, tous les efforts sont vains pour amener la cicatrisation, le professeur *Dupuytren* n'hésitait pas à enlever avec l'ongle, s'il n'était déjà détaché, non-seulement toute la surface ulcérée, mais encore tout le repli de la peau qui loge sa racine. Pour pratiquer cette opération, le malade, étant assis sur le bord de son lit, place son pied sur le genou de l'opérateur, lequel est lui-même assis sur une chaise : celui-ci fait alors, avec la pointe d'un bistouri, une incision courbe qui intéresse les tégumens et le tissu cellulaire sous-cutané, et qui, placée à deux lignes au moins de distance des rainures latérales, passe à trois ou quatre lignes en arrière du point où l'ongle commence à devenir apparent, afin de pénétrer dans les chairs au-delà de la partie la plus profonde de sa racine ; cette incision faite, le chirurgien saisit avec des pinces à disséquer toutes les chairs qu'elle circonscrit, les enlève avec le bistouri, et avec elles toute la rainure qui donne naissance aux fibres cornées et toute la surface ulcérée. Il faut avoir soin d'enlever toutes les parties blanches et fibreuses que l'on remarque dans le fond et vers les angles de la plaie, car ces parties sont des rudimens qui reproduiraient l'ongle et qui entretiendraient la maladie. Lorsque cet enlèvement est complet, il suffit d'un pansement simple pour conduire la plaie à une guérison parfaite dans l'espace de quinze jours ou trois semaines.

Ce procédé est beaucoup plus méthodique que celui qui consiste à couper la peau qui recouvre la phalangette, en un seul coup et en dédolant, depuis la rainure de l'ongle jusqu'à l'extrémité de l'orteil ; il est aussi beaucoup plus sûr, car il n'expose pas, comme ce dernier, à dénuder la phalange. *Boyer* recommande la compression prolongée sur le repli dermique qui revêt la rainure de l'ongle : il espère ainsi obtenir l'adhésion de ce repli à la partie postérieure de la lunule, et prévenir toute sécrétion cornée ultérieure. Il assure que ce moyen lui a souvent réussi. On pourrait aussi employer le cautère actuel à la manière de *Dupuytren.*

Ce traitement chirurgical ne doit être employé dans l'onyxis de cause interne qu'après avoir épuisé inutilement toute la série des moyens intérieurs propres à combattre les causes qui ont pu le produire ; encore serait-il à craindre de voir la plaie résultant de l'opération se modifier d'une manière fâcheuse sous l'influence de l'état général qu'on n'aurait pu changer, et reproduire ainsi, plus étendue et plus grave, la plaie qu'on aurait voulu guérir. C'est donc aux moyens qui agissent sur la cause générale qu'il convient d'avoir presque exclusivement recours.

Remarquons, en terminant, que cette variété d'onyxis produit quelquefois de tels ravages, en attaquant tour à tour les tissus, même la phalange unguéale, que l'indication de l'amputation du doigt, dans l'articulation des deux dernières phalanges, peut devenir urgente. M. *Blandin* rapporte avoir dû recourir deux fois à ce moyen extrême.

N° 37. — 10 Sept.

Traitement de la fièvre typhoïde par les évacuans. (Méthode de M. Delarroque, médecin de l'hôpital Necker.)

Extrait de la thèse de M. Beau.

On donne pour boisson ordinaire de l'eau d'orge miellée ou de la limonade, au choix du malade, et l'on débute dans le traitement actif par l'administration d'un ou deux grains de tartre stibié dans un pot d'eau d'orge ou de petit-lait, quel que soit l'état de la langue, de la soif, des douleurs, etc., en un mot, sans avoir égard aux différentes formes de l'affection typhoïde. Le lendemain, on prescrit une bouteille d'eau de Sedlitz, et on la répète chaque jour, à moins que le malade ne la prenne en dégoût; dans ce cas, on la remplace par la crème de tartre, l'huile de ricin à la dose d'une once, ou mieux encore par le calomélas donné en deux prises consécutives de huit grains chaque. Ce dernier médicament est très-précieux dans cette circonstance à cause de son insipidité; mais, d'un autre côté, il serait imprudent de le répéter trop souvent, dans la crainte de lui voir produire la salivation; c'est pour cela qu'il faut se faire une règle de ne jamais l'administrer que lorsque le malade se refuse obstinément à l'usage des autres laxatifs.

Les différens symptômes ne doivent pas être l'objet d'attention spéciale; bien moins faut-il employer contre eux les saignées générales et locales, qu'on ne doit jamais se permettre, sous quelque dénomination ou dans quelque but que ce soit. L'engorgement du poumon demande seul quelques soins particuliers; on provoque et on aide sa résolution au moyen du kermès donné chaque jour dans un looch, à la dose de cinq ou huit grains; et, si ce moyen suffit pour purger convenablement le malade, on peut suspendre pendant son emploi les laxatifs proprement dits.

Les symptômes les plus rapidement amendés à la suite des émissions sanguines, sont: le délire nocturne, la soif, les douleurs abdominales, la stupeur, qui disparaissent souvent du jour au lendemain; et, lorsque leur décroissement ne suit pas immédiatement les premières évacuations, on observe qu'à dater de ce moment leur intensité n'augmente plus, à moins, comme je l'ai déjà dit, que la maladie ne soit déjà très-avancée lorsque l'on commence l'usage des évacuans; dans ce cas, ils n'exercent que rarement de l'influence sur la marche de la maladie; mais on doit pourtant les essayer toujours, à quelque distance que l'on soit du début; on sentira plus tard la nécessité de cette pratique.

Lorsque l'amendement des symptômes fébriles est complet, qu'il n'y a plus de soif, d'accélération de pouls, de délire, d'agitation, etc., en un mot, que l'individu se trouve bien et qu'il l'est réellement, à part un état de faiblesse, il faut changer de manière d'agir; on suspend les évacuans; on cherche à relever les forces du malade au moyen des toniques, tels que l'infusion d'angélique, d'arnica, le vin de quinquina, de Malaga, etc., et en même temps on commence à lui donner des alimens qu'on rend chaque jour plus nourrissans. On remarque que cette médication tonique, ainsi précédée de l'usage des évacuans, n'a plus les inconvéniens que tout le monde lui connaît lorsqu'on débute par elle dans le traitement des fièvres graves, et que, loin d'augmenter la faiblesse, elle hâte au contraire le retour des forces. Il arrive cependant quelquefois d'observer de la fièvre et de la soif après l'emploi des stimulans; cela prouve seulement qu'on en a commencé l'usage trop tôt. Dans ce cas-là, on les suspend pour reprendre les laxatifs, et quand la fièvre a été de nouveau emportée, on revient aux toniques et à l'alimentation.

Telle est d'une manière générale le traitement qu'emploie M. Delarroque dans la fièvre typhoïde. On voit qu'il comprend deux indications : la première est de combattre les symptômes fébriles, la maladie proprement dite, par les évacuations du tube gastro-intestinal; la seconde consiste à relever au moyen des toniques les forces du malade, quand la fièvre n'existe plus, et à décider ainsi la convalescence. Voici les résultats principaux de cette médication, obtenus d'après les observations qui ont été recueillies pendant les années 1834, 1835, et dont la plupart ont été rédigées par M. Leclaire, élève de l'hôpital Necker.

Il y a eu pendant ces deux années 104 individus affectés de fièvre typhoïde qui ont été soumis au traitement précité. Sur ce nombre, 11 malades sont morts dans les circonstances suivantes :

1° Femme commencée le vingtième jour de la maladie.

2° Femme commencée le quinzième jour et saignée.

3° Femme commencée le quinzième jour; récemment accouchée; invaginations.

4° Femme commencée le sixième jour et saignée.

5° Homme commencé le vingtième jour.

6° Homme commencé le seizième jour et saigné; pleurésie; cavernes.

7° Homme commencé le dixième jour.

8° Homme commencé le treizième jour.

9° Homme commencé le seizième jour; saignée.

10° Femme commencée le quatorzième jour; émissions sanguines.

11° Homme commencé le sixième jour; mort, six semaines après, de récidive.

Notre mortalité est donc d'un dixième environ; cependant il ne serait pas juste de considérer ce chiffre comme la représentation exacte de la valeur du traitement par les évacuans, car il est basé sur des cas dans plusieurs desquels se rencontrent des circonstances très-défavorables. Ainsi, à part les numéros 7, 8, 11, tous les autres individus ont subi des émissions sanguines, ou bien ont été traités longtemps après le commencement de la maladie; de plus, il y avait chez le numéro 3 des invaginations intestinales qui s'étaient opposées à l'effet du traitement, en mettant obstacle à l'écoulement des liquides intestinaux; et chez le numéro 4, on trouva une pleurésie et des cavernes dans les poumons.

On est en général assez d'accord sur le peu d'effica-

cité des moyens thérapeutiques, quand le mal contre lequel on les dirige dure depuis longtemps. Aussi ne cherchera-t-on pas, je pense, à attaquer l'influence médicatrice des purgatifs dans la fièvre typhoïde, parce qu'ils ont échoué dans des cas où l'on n'a pu les employer qu'à une distance éloignée du début; mais on accordera plus difficilement que les saignées doivent être considérées comme des circonstances défavorables, et qu'elles aient contribué à la mort des sujets qui les ont subies. Cependant, si les émissions sanguines ne sont pas dangereuses, comment expliquer le résultat suivant?

Chez les 93 individus guéris la moyenne de la durée totale de la maladie, c'est-à-dire du nombre de jours compris entre le début de la maladie et la sortie de l'hôpital, est de trente et un jours; de ces 93, 75 n'ont pas été saignés: la même moyenne est de vingt-huit jours; 18 ont été saignés: leur moyenne est de trente-neuf jours.

Or si, comme on le voit, les émissions sanguines ont allongé d'un quart la durée moyenne des fièvres dans lesquelles elles ont été employées avant les évacuans, leur influence pernicieuse n'est-elle pas par là même démontrée? et ne peut-on pas dire que, dans les cas de mort dont il était question tout à l'heure, elles ont contribué à précipiter les individus? Personne ne contestera la légitimité de cette conséquence. Ainsi donc, pour revenir à notre mortalité, nous dirons que la bonté de la méthode évacuante n'est nullement infirmée par les onze cas malheureux que j'ai cités, car dans huit d'entre eux la méthode a été employée dans des circonstances plus ou moins fâcheuses; quant aux trois autres, ils prouvent que cette méthode, même appliquée à temps, et vierge de tout autre moyen, peut avoir ses insuccès.

Enfin un autre résultat qui suffirait à lui seul pour établir l'action médicatrice des évacuans, est le suivant: sur les 93 cas de guérison, l'intensité des symptômes a commencé à décroître immédiatement après les premières évacuations, dans 70 cas; elle est restée stationnaire pendant quelques jours dans 19 cas; elle a augmenté malgré les évacuations, pour décroître ensuite dans 4 cas. On doit penser que toutes les variétés de la maladie n'ont pas été influencées également par cette médication. C'est ainsi que les formes inflammatoires, bilieuses, avec ou sans délire, ont en général cédé rapidement; les formes chroniques, celles décrites par les anciens sous les noms de muqueuses, de lentes nerveuses, résistaient davantage.

Ces résultats dans la mortalité, la durée de la maladie et l'influence des évacuans, s'éloignent tellement de ceux qui sont consignés dans les ouvrages modernes, que la supériorité de cette méthode ne peut rester un moment douteuse.

Du cancer des Ramoneurs. — Leçon clinique par M. Lawrence.

Le cancer des ramoneurs est une affection maligne, essentiellement destructive; et cependant la cause spéciale qui l'engendre ne peut pas le rapprocher des maladies nées dans certaines dispositions constitutionnelles. Le cancer des ramoneurs se forme chez un individu absolument sain, se développe, s'étend, se communique aux ganglions inguinaux, et ne cessant de détruire, entraîne enfin une terminaison fatale. Ce n'est pas comme dans le cancer du sein que la mort arrive; il ne se produit pas cet état particulier minant toute la constitution, et qu'on a appelé *cachexie cancéreuse*, répandant les germes du même mal dans les régions les plus éloignées sans s'étendre sur celles qui sont intermédiaires. C'est parce que l'ulcère carcinomateux s'est répandu sur des organes essentiels à la vie, mais envahis après les parties voisines, que le ramoneur meurt du cancer que lui est propre. Chez lui jamais la maladie n'a sauté pour ainsi dire d'un organe à un autre, pourtant on lui a donné le nom de cancer. C'est que par là on entend une affection d'un caractère malin marchant invariablement vers la destruction des tissus, l'altération des vaisseaux lymphatiques et des ganglions. Le nom de cancer n'a pas été donné d'après l'aspect du mal et l'identité du siége avec quelques autres cancers. Ceux qui occupent comme lui la peau, la face, la poitrine, les tempes, les parties génitales, les mains, sont bien différens: généralement leur influence sur le système ganglionaire est le même. Les ganglions s'affectent promptement dans le cancer des ramoneurs; il en est de même dans celui de la verge et des grandes lèvres: le cancer de la face est une exception. Une question intéressante se présente ici à résoudre: y a-t-il dans la maladie dont nous traitons formation de tissus nouveaux, ou seulement changement et dégénérescence des tissus qui existent? Il semble que c'est plutôt un changement de structure. On ne trouve pas ici la formation d'une substance médullaire, encéphaloïde, où tous les tissus primitifs ont disparu, comme dans certaines tumeurs. Un tubercule s'élève du scrotum, il est dur et rénitent, il existe pendant quelque temps, se développe, l'épiderme s'exfolie ou se soulève; une ulcération se creuse dans la petite tumeur, gagne de proche en proche, et souvent ne tarde pas à se répandre sur une grande partie du scrotum. L'ulcère est irrégulier, mamelonné, des interstices profondes séparent les tubercules, un ichor aqueux extrêmement fétide en découle, et il est facile de distinguer la maladie à l'odeur seule. Quelquefois on trouve un ulcère profond, à bords renversés, formés d'une exubérance particulière de végétations qui s'élèvent de la peau dégénérée. On a alors une sorte de champignon, dont le godet figure l'ulcère du cancer. C'était le cas de l'individu que nous avons opéré. Ce sont véritablement des tubercules poussant hors du niveau de la peau; quand on divise la tumeur, on les voit s'élever du chorion, ils se groupent en masse dans la hauteur d'un demi-pouce à un pouce. Le tissu cellulaire sous-jacent au derme a conservé son état normal; cela n'arrive pas toujours quand la maladie est longtemps abandonnée à elle-même. Le tissu cellulaire lui-même s'altère, il se forme en couches minces endurcies: jamais le mal ne pénètre plus profondément quand les ganglions s'affectent

consécutivement, c'est simplement par induration. L'altération du tissu cellulaire nécessite l'ablation du testicule. On n'a pas pu l'épargner dans le malade que vous avez vu. Il était âgé de trente-cinq ans ; il avait vu il y avait cinq ans un petit tubercule s'élever du scrotum ; il n'était pas plus grand que le sommet d'un dé à coudre ; il resta très-longtemps stationnaire, mais depuis deux ans il s'est accru, ulcéré, et quand nous avons vu le malade, il avait couvert une moitié du scrotum et une grande partie de l'autre. Les ganglions inguinaux sont un peu tuméfiés, mais sans dureté. Ils n'ont été affectés que très-tard, nous ne pouvons pas croire qu'ils soient altérés. En opérant on crut d'abord pouvoir conserver le testicule; mais crainte de laisser quelque germe du mal, n'étant pas persuadé que toutes les parties malades eussent été enlevées, je sacrifiai la glande ; l'épididyme était adhérent, et en le séparant j'aurais pu rendre l'organe entier inutile. Le testicule gauche paraissait très-sain aussi, mais il touchait en arrière aux tissus altérés, il semblait un peu induré vers ce point, il aurait fallu en couper une tranche ; je trouvai préférable de l'enlever aussi. Une des lois du manuel opératoire est de couper dans les tissus sains afin de ne rien laisser qui puisse reproduire l'affection. Peut-être aurait-on pu conserver les deux testicules, mais, dans le doute, il est nécessaire de sacrifier à la certitude. Cette opération est très-simple en elle-même, cependant il y eut une hémorrhagie formidable. Huit à dix ligatures furent appliquées, et la plaie laissée ouverte à l'examen des aides, de peur d'une nouvelle hémorrhagie, et après ce laps de temps la plaie a été fermée avec quelques points de suture entrecoupée; elle s'est réunie en grande partie par première intention. Il est bon avant d'aller plus loin de dire quelques mots sur l'extirpation des cancers. La tuméfaction des ganglions est-elle une contre-indication formelle pour l'opération ? Certainement il serait préférable d'opérer avant que cette tuméfaction ait lieu, mais quand elle existe, il faut reconnaître le temps et les circonstances. Dans les cancers des ramoneurs que nous avons extirpés, il semblait que le temps n'avait pas été suffisant pour la dégénérescence des ganglions depuis leur développement ; il n'existait pas d'endurcissement, c'était plutôt une augmentation de volume. Dans tous les cas semblables de la même maladie, je crois que l'on peut opérer. C'est toute autre chose chez les femmes affectées de cancer au sein, les chances sont bien moins favorables. On peut dire en dernière analyse qu'aussi longtemps que l'on peut enlever toute la maladie, on peut calculer sur le succès.

(Extrait de la *Revue médico-chirurgicale anglaise.*)

Nos 38 et 39. — 17 et 24 Sept.

Recherches sur la nécrose et la trépanation des os ; par M. Jobert de Lamballe ; D. M., chirurgien de l'hôpital Saint-Louis, etc., etc.

(Premier article.)

Les os, organes passifs de la locomotion, sont des tiges résistantes qui, le plus ordinairement, représentent des leviers, offrant dans leur ensemble une série de colonnes superposées, admirablement arrangées pour la station et le mouvement, et qui ont un tel degré d'importance et d'intérêt pour le médecin, qu'on s'est occupé à l'envi des nombreuses maladies dont ils sont le siége.

Quoique formant un tout continu, compacte, ils peuvent être malades dans des points de leur longueur, ce qui constitue l'état morbide partiel d'un os. Ce système a ce point de contact avec les parties molles, qu'une région de la longueur d'un os peut être le siége d'un travail morbide sans que le reste en souffre.

Ceci est démontré et acquiert une nouvelle sanction par l'étude anatomique de ces parties dures ; car sans connaissance approfondie sur leur texture ou leur structure, le pathologiste se trouverait dans l'embarras pour comprendre plusieurs altérations des os, et expliquer l'admirable mécanisme de leur réparation.

C'est la variété des maladies du système osseux qui aurait pu nous mettre sur la voie de leur organisation, si l'étude attentive des élémens qui composent chaque os n'avait été poursuivie avec entraînement. Par les travaux nombreux qui ont paru sur la structure des os et leur développement, on peut reconnaître combien l'homme est porté à rechercher, à approfondir la marche que la nature suit dans l'accomplissement de ses lois et l'arrangement physique des parties constituantes.

Un mot sur la structure des os, sur leur substance compacte, spongieuse et les parties communes, comme le disait Bichat, le tissu cellulaire, les nerfs et les vaisseaux.

Les deux substances spongieuse et compacte ne nous arrêteront pas, leur description n'ayant que peu de rapport avec notre sujet. Nous dirons seulement que ces deux substances n'en font qu'une; que toute la différence existe dans le rapprochement des fibres de l'une et dans l'arrangement aréolaire des fibres de l'autre ; que toutes deux du reste ont pour base du tissu cellulaire, et du phosphate de chaux pour matière inorganique, qui rend l'os résistant, fragile.

Cette matière terreuse existe en grande quantité pour la partie moyenne des os longs, en petite quantité pour leurs extrémités, ainsi que pour les os courts, et en quantité variable pour les os larges, suivant qu'on l'étudie au crâne ou dans les os du bassin.

Au premier abord, on pourrait croire que cette substance est dépourvue de vie ; ou du moins qu'elle est bien inférieure à celles des parties molles ; mais pour se convaincre du contraire, il suffit d'examiner sa grande vascularité, le tissu cellulaire en grande quantité qui en forme la base, les fonctions d'absorption continuellement exercées sur l'os à toutes les périodes de la vie, enfin sa réparation et sa cicatrisation.

Nous ne voulons pas dire par là, cependant, que le tissu cellulaire est en égale quantité dans tous les points de la longueur de l'os, car il suffit d'en exposer un à l'action d'un acide affaibli pour voir l'énorme différence

qui existe entre la fibre laminaire de la diaphyse et celle de l'épiphyse, du fémur, par exemple.

En jetant un coup d'œil sur les injections des os, on est frappé par la grande quantité de sang qui doit y arriver, et par la quantité de ce liquide qui en part; on observe la même différence, cependant, entre l'extrémité et le centre de l'os pour la vascularité que pour le tissu cellulaire.

Les artères qui se rendent aux extrémités des os sont en effet beaucoup plus volumineuses que les périostiques, l'artère nourricière faisant exception; une injection même grossière démontre cette vérité si bien prouvée par Bichat.

L'intérieur des os est très-vasculaire, aussi est-il alimenté par une grosse artère nourricière, qui apporte les matériaux de la moelle et ceux nécessaires à la nutrition de l'os.

Ce qui précède au sujet de la distribution des artères indique que la vie est plus grande pour les extrémités des os, et moindre pour leur partie moyenne.

Même disposition pour les veines, avec cette différence qu'elles sont excessivement nombreuses et larges pour l'intérieur des os. Dans l'épaisseur des os, ce sont des sinus, des canaux, dans lesquels on rencontre collée la membranes interne de veines seulement.

Il résulte de là que la substance compacte est parcourue par des canaux, des canalicules qui servent à contenir les veines et les artères; aussi lorsqu'on fait subir à un os différentes coupes, y aperçoit-on la forme canaliculée sur laquelle M. Gerdy a tant insisté avec quelque raison; car Chaussier, Dupuytren, MM. Breschet, Cruveilhier, avaient suivi d'une manière générale ces sinus creusés dans l'épaisseur des os, surtout des os larges.

Il est donc évident que la substance compacte est vasculaire, mais beaucoup moins que la substance spongieuse contenue dans le canal médullaire, et que la quantité de sang dont sont arrosées les différentes parties d'un os n'est pas la même; ce qui permet déjà de soupçonner la plus grande fréquence de certaines maladies des extrémités osseuses, comparativement à celles des diaphyses qui, outre leur structure, sont encore protégées par des masses musculaires.

Tous les os sont enveloppés à l'extérieur par une membrane, le périoste, et tapissés à l'intérieur par une seconde, appelée médullaire; elles diffèrent dans leurs fonctions : l'une répare l'os et la seconde seulement sécrète la moelle, sans contribuer en rien à la formation du cal, ce qui est contraire à l'opinion de Trojà et de plusieurs hommes célèbres; mais les faits prouvent cette vérité physiologique.

La membrane médullaire est en effet en rapport par sa vascularité, par son épaisseur, avec la quantité de moelle que l'on rencontre dans le canal médullaire, à tel point que chez certains scrofuleux, la diaphyse est réduite à une minceur excessive par la grande quantité de graisse qui semble avoir usé l'os de dedans au dehors. Enfin les oiseaux, qui sont dépourvus de cette membrane, n'ont dans l'intérieur des os que de l'air et non de la moelle.

Ce qui prouve encore les usages de la membrane médullaire, c'est que d'abord elle ne sert en rien à la réparation de l'os et à la formation du cal, et qu'au milieu d'un os nécrosé, la moelle est conservée intacte autant de temps que la membrane médullaire n'a pas subi de changemens dans sa texture.

Les os reçoivent des nerfs qui donnent la sensibilité à la membrane médullaire, comme l'ont prouvé par l'anatomie, Duméril, Béclard, Cruveilhier, et comme l'expérimentation l'a démontré aux deux derniers.

Je disais tout à l'heure que la membrane médullaire n'était pour rien dans la formation du cal, et qu'au milieu du désordre, elle pouvait demeurer intacte et entretenir la sécrétion de la moelle. C'est ce que j'ai été à même de voir dans un voyage que j'ai fait à Londres, où M. Stanley me fit voir le tibia d'un homme dont les parois avaient été entièrement nécrosées, entouré d'un os nouveau et plein à l'intérieur d'une moelle intacte, enveloppée de sa membrane vasculaire.

Cela posé, occupons-nous de la nécrose ou gangrène des os, car en effet cette dernière est aux os ce que la gangrène est aux parties molles.

Étudions successivement le mécanisme de la nécrose, comment l'os primitif se sépare, comment il se reproduit, et nous finirons par quelques considérations sur le traitement de cette altération.

Boyer a avancé que l'observation n'a pas démontré si la constitution, l'âge, le sexe, établissent des différences dans le mode de fréquence de cette maladie.

Avant d'aller plus loin, nous croyons devoir dire que nous diviserons la nécrose en spontanée et en traumatique, car toutes deux présentent des différences réelles dans leur apparition et dans leur mode de fréquence.

Certainement que la nécrose traumatique est tout aussi fréquente à un âge qu'à un autre, et les constitutions elles-mêmes n'apportent que peu de changement à cette fréquence; mais il n'en est pas de même de la nécrose spontanée, qui se montre plus souvent dans la jeunesse qu'à une autre époque de la vie, et le sexe masculin nous a semblé plus fréquemment en être atteint que le sexe opposé, ce qui est dû sans doute à la différence des professions, aux habitudes et au genre de travail.

Il importe peu pour nous de savoir si c'est dans l'ordre suivant que la nécrose se développe : tibia, fémur, humérus, mâchoire inférieure, os de l'avant-bras, clavicule, péroné, os du métatarse et du métacarpe, car cela est de peu d'importance pour le praticien, ou du moins ce n'est que d'une utilité secondaire. Cependant, nous devons dire que les os les plus exposés aux corps extérieurs, qui sont moins couverts par les parties molles, y sont infiniment plus sujets que les autres, sans doute parce que la nécrose, produite par une force mécanique ou déterminée par un virus, tend à donner des signes de son existence dans les lieux où elle est davantage provoquée; c'est ainsi qu'aux os du crâne, qu'à la clavicule, au tibia et à la mâchoire, on rencontre le plus souvent les exostoses qui n'attendaient qu'une occasion, qu'une circonstance, pour se développer.

Il est évident qu'on a eu tort de généraliser et d'in-

diquer le tibia comme le plus souvent affecté de nécrose, puis l'humérus, etc.; car si une généralisation convient aux maladies, ce n'est certainement pas à la nécrose. Par exemple, les nécroses du crâne sont plus fréquentes que celles du tibia; les os de l'avant-bras, qui sont placés après la mâchoire inférieure, y sont plus sujets que cette dernière.

On n'a pas été plus vrai en admettant une marche différente de la nature dans les nécroses syphilitiques, qui sont plus nombreuses à la clavicule, aux os du crâne qu'au fémur, parce que le virus semble porter son influence de prédilection sur les premiers.

Si nous osions nous prononcer, 1° les os du crâne, 2° le tibia, 3° la clavicule, 4° les deux mâchoires, seraient classés dans cet ordre numérique.

Quant au vice dartreux, son influence porte avec tant d'acharnement sur la peau, les muqueuses, les cartilages, que ce sont les os les plus voisins de ces membranes qu'affecte de préférence la nécrose. Par exemple, le lupus vorax qui attaque les fosses nasales, la muqueuse qui les tapisse, le périoste qui recouvre les os, produit fréquemment la nécrose des cornets; mais ce n'est que dans quelques cas rares que le tibia se trouve altéré dans ces ulcères rongeans que l'on a appelés dartreux, et l'os est alors détruit à la manière des parties molles; quelques esquilles seulement se séparent des tissus ainsi altérés. C'est ce que j'ai observé sur un jeune étudiant en théologie, qui avait eu les chairs de la jambe et le tibia à moitié rongés par un ulcère dit atonique. Ce sont donc les os de la face et non le tibia qui dans les maladies dartreuses sont attaqués par préférence de nécrose; les faits sont innombrables, fort rares au contraire pour les os longs et larges.

Quant aux nécroses scrofuleuses, il est bien difficile de dire l'os qui le plus ordinairement est frappé de mort, car tous les os sont plus ou moins altérés.

Cependant, si on nous demandait quels sont ceux le plus fréquemment atteints dans la diathèse scrofuleuse, nous croyons pouvoir établir que les os 1° du tarse, 2° du métatarse, 3° du carpe, 4° du métacarpe, sont incontestablement plus souvent nécrosés que les autres.

Enfin les nécroses mercurielles paraissent d'abord se fixer surtout à la mâchoire inférieure et supérieure. Cette prédilection se comprend très-bien quand on réfléchit aux premiers phénomènes de salivation, d'ulcération de la muqueuse, etc. Je sais qu'on a douté et qu'on doute encore beaucoup de ces nécroses mercurielles, mais il faut pourtant se rendre aux faits, l'expérience les ayant inscrits dans ses annales, sans aucune contestation.

M. Stanley m'a fait voir un fait d'anatomie pathologique curieux et intéressant; c'est celui d'une femme qui était affectée d'une fièvre grave et qui fut traitée par le calomel. La grande quantité de ce médicament administré à la malade ne borna pas son action aux glandes salivaires, à la muqueuse buccale, mais l'étendit encore à l'os maxillaire inférieur, qui fut frappé de mort jusqu'aux condyles. Cette pièce a été conservée dans le muséum de l'hôpital Barthélemy.

On aperçoit très-bien la ligne de démarcation qui existe entre la portion nécrosée et la petite partie de l'os demeurée intacte et vivante; elle est palpable au-dessous du condyle, endroit apparent de leur séparation.

Que l'on rejette, si on le veut, l'action du mercure sur les os, que l'on repousse l'action de ce médicament sur eux, il n'en demeurera pas moins constant, comme le fait précédent vient de le démontrer, qu'ils peuvent être frappés de mort par l'action directe ou indirecte du mercure.

L'explication n'en est pas bien difficile pour ceux qui veulent se rappeler que la muqueuse exhale, sécrète et s'ulcère par suite de l'administration intempestive d'une préparation mercurielle quelconque, que les dents s'ébranlent dans leurs alvéoles, et que de proche en proche l'action du métal se continue jusqu'à l'os, dont la vie s'éteint par la désorganisation du périoste.

Si maintenant nous interrogeons les causes qui donnent lieu à la nécrose, nous voyons que toutes agissent en empêchant la circulation et la vie dans une surface plus ou moins étendue de la texture d'un os.

Le virus syphilitique, les dartres, et le vice scrofuleux sont autant de causes qui tendent toutes au même but, à l'interruption de la vie par l'arrêt du sang.

Comment agit le virus syphilitique pour déterminer la nécrose? est-ce en agissant directement sur la circulation ou en donnant lieu à un dépôt de lymphe et de pus entre la substance compacte de l'os et sa membrane nourricière, ou entre la substance osseuse intérieure et la membrane médullaire? C'est sans doute ainsi qu'agit le virus syphilitique dans les exostoses de même nature qui sont frappées de mort, ou lorsqu'il s'est développé une périostose vénérienne. Mais ce n'est pas toujours ainsi que procède la maladie, car, dans d'autres circonstances, c'est par destruction des diverses parties molles qui recouvrent l'os, et par l'ulcération consécutive du périoste que la maladie que nous décrivons se déclare.

Il n'en est pas de même de la dartre qui agit en détruisant par absorption les diverses couches qui recouvrent l'os, au point que le périoste qui alimente une partie de l'os venant à être détruit par ulcération ou repris par absorption, est frappé de mort.

C'est par l'ulcération des couches successives qui recouvrent les cornets que l'on voit paraître la mortification de ceux-ci dans les ulcères dartreux.

Comment agit la maladie scrofuleuse pour produire la nécrose? Pour résoudre une semblable question, il faudrait d'abord bien connaître la nature de cette maladie; or, rien de plus obscur, rien de plus incertain et de plus hypothétique que les explications et les théories que l'on a mises au jour pour se rendre compte d'une affection aussi fâcheuse et aussi dangereuse. Il faut s'en rapporter aux faits, consulter l'expérience et interroger l'anatomie pathologique. Or, on sait que dans cette maladie les liquides n'ont plus la même vitalité; on sait que le retour de la lymphe et de la sérosité ne se fait qu'avec une extrême difficulté, d'où les engorgemens séreux de certains organes, l'œdème de certains

autres, la déposition de matière tuberculeuse au sein des tissus et des glanglions.

On n'aura pas de difficulté alors à comprendre comment il se fait que des tissus habituellement imprégnés de liquide se ramollissent, s'ulcèrent. Les chirurgiens qui font des opérations ont l'habitude d'observer et de voir journellement les tissus friables et sans résistance dans une pareille maladie.

Si pendant cet ordre de choses un coup est porté sur le périoste, on comprend que la vie soit promptement éteinte; et on conçoit aussi qu'une commotion, un ébranlement d'un os, comme la chute sur les pieds, en changeant la vitalité, en produisant une inflammation bornée ou étendue, éteigne promptement la vie par l'oblitération des petits vaisseaux qui vont se rendre à l'os. Il en sera de même de l'action du froid humide sur un os qui n'est couvert que par de faibles parties molles.

Chez la plupart des scrofuleux, la quantité de moelle contenue dans l'intérieur des os est plus considérable, et chez certains, son volume est si grand que leurs parois sont amincies, ce qui les rend extrêmement fragiles. Eh bien! dans des circonstances semblables, on comprend que la mort de l'os puisse survenir par diminution de vitalité des parois, et cependant, disons-le vite, les faits ne sont pas encore bien nombreux, sans doute parce que les chirurgiens n'ont pas dirigé leur attention vers ce point-là.

Quant aux causes mécaniques, elles agissent ou en dénudant l'os, ou en détruisant la membrane médullaire, ou en arrêtant instantanément la circulation dans l'os; tout agent contondant agit en déterminant une meurtrissure, une contusion et une désorganisation telle que la circulation ne peut plus se rétablir, que le sang ne peut plus circuler dans les parties frappées par le corps contondant; aussi, dans ce cas, l'os meurt-il à la manière des parties molles dans lesquelles toute influence nerveuse et circulatoire a été anéantie. C'est ainsi que les projectiles agissent lorsqu'ils viennent frapper les os, et tantôt ils produisent un dégât en déchirant les vaisseaux du périoste et ceux qui se rendent à toutes les parties de l'os qu'ils ont atteint.

Il est des tumeurs qui se développent dans l'épaisseur des os; elles sont de diverse nature, mais elles tendent, par leur développement, à amincir l'os de dedans en dehors, et finissent par amener la gangrène d'une coque mince qui se laisse plier par la pression; bientôt un abcès se déclare, et on rencontre une espèce de callotte osseuse frappée de mort, produite par oblitération des vaisseaux.

La manière dont agissent les causes précédemment indiquées offrent quelques différences à noter entre la nécrose et la gangrène des parties molles.

Lorsque la gangrène s'empare des parties molles, on sait qu'elles sont gorgées par le sang ou bien dépourvues de liquides, ce qui établit une ligne de démarcation entre la mortification sèche et humide.

Si la gangrène est produite par la stase du sang veineux, le sang artériel pouvant encore arriver aux tissus, il y aura engorgement, infiltration, épanchement, et la mort de l'organe sera, dans ce cas, suivie d'une dissolution putride.

Si, au contraire, cette gangrène survient lentement par l'arrêt du cours du sang artériel, comme dans la gangrène sénile, les escarres sont sèches et la dissolution est lente.

Enfin, lorsque la mort des organes est produite par l'arrêt brusque de toute circulation dans le membre, du sang infiltré dans les organes donne lieu à un engorgement et à une dissolution putride. Dans une inflammation aiguë des organes, la gangrène est de même nature.

Peut-on observer les mêmes phénomènes pour les os et les expliquer de la même manière?

Dans un os, rien de pareil ne peut avoir lieu, parce que la structure compacte, la nature de la fibre osseuse qui lui donne solidité et résistance, ne permettent pas aux vaisseaux artériels et veineux de se laisser distendre outre mesure, et aux liquides contenus dans leurs canaux de s'infiltrer dans son épaisseur.

C'est donc toujours une gangrène sèche que l'on observe pour les os, et ce n'est qu'à un faible degré qu'on peut observer le contraire pour les extrémités des os longs; pour les os courts, le sang, sorti de ses canaux et de ses cellules se mêle à la moelle et à la lymphe, donne lieu à quelque chose de pareil à la gangrène humide. C'est au milieu de cette altération que l'on retrouve des esquilles en général peu volumineuses, qui offrent peu de longueur et d'épaisseur. Ce genre d'altération porte le nom de carie.

Ce sont des altérations de ce genre que nous avons été à même d'observer dans ces trajets que les projectiles avaient parcourus à l'extrémité des os longs.

L'oblitération des vaisseaux périostiques, le décollement des membranes d'enveloppe des os sont donc les causes qui frappent de mort leur substance propre, et qui y arrêtent la vie, sans que pour cela la membrane médullaire et le périoste aient cessé de vivre.

C'est du moins ce qu'on observe pour le périoste qui communique avec les parties environnantes, qui tire d'elles en partie sa vitalité; et c'est ce qu'on observe aussi pour la membrane médullaire, comme nous en avons rapporté un fait, lorsque l'oblitération des vaisseaux s'est bornée aux capillaires médullaires. C'est par cette indépendance qu'on voit la périoste donner naissance à un nouvel os, et la membrane médullaire à des bourgeons, quoique tout le calibre d'un os long soit nécrosé; c'est ce que l'observation nous a mis à même de prouver souvent.

Toutes les causes qui déterminent la nécrose peuvent se réduire à une seule: l'arrêt de la circulation ou l'absence du liquide vivifiant et nourricier.

De là il découle naturellement que l'étendue de la nécrose doit être en rapport avec l'oblitération des vaisseaux. C'est ainsi que l'inflammation du périoste ou de la membrane médullaire, en étouffant la circulation dans les vaisseaux périostiques ou nourriciers, ou en les oblitérant, amène la gangrène totale de l'os, chez les scrofuleux, par exemple.

La stase du sang veineux dans les os produit, comme dans les parties molles, la mortification, accompagnée du mélange des liquides et des solides. L'observation a prouvé que la compression de la veine et de l'artère principales d'un membre produisait ce phénomène.

Les changemens que subit l'os primitif, et qui consistent dans des caractères physiques, doivent d'abord attirer notre attention, les caractères de l'os nouveau devant ensuite nous occuper.

L'os ancien est dépourvu de cette couleur rosée, vasculaire, dont il était revêtu pendant sa vie; une couleur plus ou moins blanche remplace la coloration naturelle de l'os vivant. Il n'est plus parcouru par des filamens cellulaux et vasculaires, et on ne retrouve à l'extérieur et à l'intérieur de l'os mortifié qu'un tissu compacte, dur, et qui a perdu beaucoup de son volume et de son épaisseur.

L'os ancien, originel, entouré et enveloppé par l'os de nouvelle formation, perd de son volume par la destruction de ses couches intérieures et extérieures, usées qu'elles sont par la suppuration et par la pression que déterminent les bourgeons médullaires. Aussi, dans un temps que l'on ne peut limiter, voit-on l'os mort perdre de son poids et de sa régularité. Il est creusé à l'extérieur par une multitude de rigoles qui se dirigent surtout dans le sens du cours du pus; mais comme leur profondeur est variable, les portions d'os qui les environnent sont elles-mêmes plus ou moins aiguës, plus ou moins âpres, de sorte que l'os est comme entouré d'épines osseuses. Quelques-uns de ces sillons, et quelquefois un grand nombre, se transforment en trous et pénètrent dans le canal médullaire. D'autres fois, ce sont de simples ouvertures vasculaires, agrandies, des trous, des échancrures, et même des pertes de substance considérables.

Ces filamens soyeux qu'on observait dans le canal médullaire ont disparu, et on ne voit plus que des enfoncemens irréguliers.

Quelquefois l'épaisseur de l'os, comme le fémur, par exemple, est réduite par destruction successive de ses couches à la mineeur d'une feuille de papier. J'ai plusieurs cylindres complets du fémur qui sont dans cet état.

L'os ainsi détruit est-il résorbé, comme quelques pathologistes le pensent, ou bien est il entraîné par la suppuration? Malgré l'autorité de quelques pathologistes et malgré l'analogie de ce qui se passe lorsque des tumeurs pressent l'os et le font disparaître, je ne puis croire à ce phénomène d'absorption sur une partie morte comme un os, tandis que je comprends très-bien comment un os qui a conservé toute sa vitalité, sa structure, tourne ses forces absorbantes contre lui-même à la manière des autres tissus, dans les ulcères, par exemple, lorsqu'il est pressé par des mouvemens anévrysmatiques.

L'action mécanique des bourgeons médullaires, le cours du pus me semblent expliquer suffisamment la destruction de l'os et l'expulsion totale ou partielle du séquestre ou de la portion d'os mort.

Cet os, qui a servi de modèle au nouveau, finit par ne plus être en contact immédiat avec lui et retenu par des bourgeons; c'est à cause de cela qu'il joue dans l'espèce de coquille formée par l'os secondaire dans lequel il est contenu.

La composition chimique de l'os ancien n'est pas complétement la même que dans l'état de vie; il brûle bien en répandant l'odeur de la corne, mais il brûle avec une faible flamme et avec lenteur, tandis qu'un os qui n'a pas subi cette altération pathologique dans les mêmes conditions brûle avec beaucoup plus de rapidité et répand une fumée épaisse et plus odorante, ce qui nous démontre que le dernier contient un peu plus de matière organisée.

Un morceau d'os nécrosé exposé à l'action d'un acide affaibli se laisse réduire en grains pulvérulens, et cependant la matière organisée a été conservée; on n'y distingue plus la trame organisée, le canevas du premier os; il offre bien quelque élasticité, mais elle est faible en comparaison de celle d'un os qui n'a subi aucune altération.

En faisant la même épreuve sur un os nouveau et sur un os ancien, on voit qu'en les exposant dans le même liquide chargé d'acide, on les rend flexibles et qu'on les réduit à la partie organisée, et que si on les expose à l'action du feu, la trame du nouvel os brûle avec plus d'éclat, plus de flamme; et la décrépitation est plus marquée que celle de l'os ancien, qui présente cependant les caractères précédemment énoncés, mais à un moins haut degré.

Un os nouveau se forme et remplace le premier; il diffère de celui-ci par sa forme, son épaisseur, sa direction, son volume, les conduits nourriciers et le canal médullaire.

D'abord, l'os de nouvelle formation n'offre plus la même régularité que l'os primitif; il est plus ou moins chagriné, bosselé à l'extérieur par des ossifications irrégulières.

La direction de l'os nouveau n'est pas complétement celle de l'os primitif; aussi le membre offre-t-il une courbure plus ou moins marquée, et une difformité plus ou moins appréciable, mais toujours réelle. Il doit aussi présenter une courbure, à cause de son implantation par ses deux extrémités sur les restes de l'os primitif, d'où changement dans sa direction naturelle.

La circonférence de l'os nouveau doit-elle-même être plus considérable que celle de l'os primitif, et il n'est pas besoin d'explication pour le démontrer, puisque, enveloppant l'os ancien, il doit se mouler sur lui, outre l'épaisseur qui lui est propre.

Il en est de l'épaisseur de l'os nouveau comme de sa circonférence, c'est-à-dire qu'elle est plus grande que celle de l'os ancien.

L'os nouveau offre véritablement plus de résistance, plus de compacité que l'os primitif; il est moins aréolaire, les élémens osseux sont plus serrés, plus rapprochés, et enfin on n'observe plus à son extérieur des ouvertures vasculaires périostiques aussi régulières que dans l'os primitif.

Dans tous les cas, l'os nouveau, qui représente une coquille, une sorte d'étui dans lequel se trouve contenu l'os ancien, offre une bien plus grande épaisseur, et le canal médullaire, s'il existe, n'est plus qu'à l'état rudimentaire. Mais il faut avouer que toutes les fois que l'os ancien a été extrait, ou expulsé, le canal médullaire a disparu, ou bien est cloisonné par une véritable substance osseuse et oblitéré dans une plus ou moins grande étendue.

La manière dont le canal médullaire disparaît est une chose fort simple à expliquer par l'examen des bourgeons qui naissent de l'intérieur de l'os nouveau, et qui, n'étant plus entretenus par la suppuration, se solidifient, le remplissent et l'oblitèrent, et qui en s'ossifiant complétement forment un tampon au milieu duquel ne se trouve aucune trace du tissu aréolaire, comme je l'ai vu sur des os nouveaux que j'ai soumis à des coupes variées.

On pensera peut-être que l'oblitération du canal médullaire par une substance osseuse est le résultat de l'ossification de la membrane qui le tapisse; mais la marche que suit la nature dans son procédé a été étudiée avec un tel soin, que nous ne pouvons croire à cette transformation osseuse du périoste interne.

D'abord l'expérimentation est contraire à ceux qui nous adresseraient cette objection, et ils se rendront, je le pense, à notre opinion, lorsqu'ils verront de plus près le mode d'oblitération de ce conduit. En effet, la membrane médullaire est contenue dans l'intérieur de l'os ancien, et son organisation finit par être détruite en totalité ou en partie par le fait même de l'inflammation; aussi les bourgeons ou plutôt la première couche formée par le périoste qui est en rapport avec la face externe du séquestre, envoie dans le canal médullaire ses prolongemens, qui ensuite s'ossifient, et la membrane qui le tapisse ne sert en rien à cette ossification.

On a encore une preuve de ce que j'avance dans ces bourgeons qui végètent de la surface médullaire d'un os dans une fracture, et dans cet autre volumineux bourgeon qui dépasse l'os amputé; cependant nulle trace d'ossification n'apparaît, et cette vérité est mise hors de doute par l'examen attentif et fréquent de ces sortes de végétations qui demeurent sans s'ossifier, et qui viennent se continuer seulement avec les parties molles environnantes.

On voudra peut-être nous objecter la fermeture osseuse du bout de l'os amputé; mais nous répondrons que les parois de l'os s'affaissent, vont à la rencontre l'une de l'autre comme les deux parois d'une alvéole, lorsque la dent est extraite, comme les parois de certains sinus lorsque la membrane qui les tapisse a été désorganisée: une lymphe exhalée par le tissu cellulaire du moignon, par le périoste, ainsi que le bourgeonnement qui résulte de l'exfoliation insensible des parties osseuses touchées par la scie complètent le mécanisme de cette oblitération. C'est ainsi que se ferme l'extrémité du canal médullaire d'un os amputé, et non par la membrane médullaire, comme l'ont pensé quelques pathologistes.

Dans l'épaisseur de l'os nouveau, nous avons rencontré des fistules auxquelles on peut donner le nom de fistules osseuses; elles doivent être distinguées des fistules qui aboutissent à un séquestre, en ce qu'elles ne sont pas entretenues par la suppuration qui résulte de la présence du corps étranger, mais bien par l'organisation de ce trajet lui-même.

Ces trajets sont ensevelis dans l'épaisseur de l'os nouveau, et, après une direction oblique ou directe, viennent aboutir à son extérieur; c'est assez dire qu'il existe alors une extrémité profonde et une extrémité superficielle. Ces fistules sont tapissées par une membrane de nouvelle formation, organisée, plus ou moins vasculaire, et qui sécrète un liquide en abondance variable.

Pour nous, ces fistules sont le résultat le plus ordinairement de la présence de séquestres longtemps conservés.

Si, au moment où le séquestre est expulsé, les fistules sont organisées, il n'y a pas d'oblitération de ces trajets, et si, au contraire, des bourgeons remplissent le conduit accidentel, elle peut avoir lieu.

Il s'agit d'exposer le plus brièvement possible la doctrine des auteurs sur le mécanisme de la formation du nouvel os. Si on pouvait encore nier la reproduction des organes, on se trouverait hautement démenti par l'apparition du nouvel os; car cette régénération qui est aussi incontestable pour les parties molles diffère essentiellement de la reproduction osseuse, 1° en ce que dans la première, la cicatrice n'imite jamais complétement l'organe qu'elle remplace; 2° en ce que la force plastique qui lui donne naissance est certainement développée à un bien moins haut degré que dans la seconde; 3° en ce que rarement les parties molles divisées remplissent les mêmes fonctions qu'auparavant; l'os nouveau au contraire remplace la solidité du premier, sert de colonne, vit comme le premier, et comme lui fournit des implantations aux muscles, qui n'ont cessé que pour un instant de prendre un point fixe sur une masse solide, au moment où la nécrose s'est déclarée.

C'est le mécanisme de la reproduction de l'os, c'est le *comment* il se reproduit qu'il s'agit ici d'étudier, en un mot de savoir quel est l'organe qui sécrète le nouvel os, et quelles sont les métamorphoses qu'il subit avant d'arriver à sa complète perfection.

D'abord des auteurs admettent que toutes les fois qu'il y a nécrose, l'os primitif est complétement frappé de mort, et que le périoste sert à former le nouvel os: c'était là l'opinion de Troja, David, Bichat, etc. Mais d'autres auteurs, tels que MM. Richerand, Knox, Léveillé, ont admis qu'elle se bornait à une partie de l'épaisseur de ses parois, et que le nouvel os est formé par la partie intacte de l'os originel.

Il faut avouer que ces deux opinions sont également vraies, et qu'on ne peut admettre exclusivement une de ces théories, puisqu'il est vrai que tantôt la lame la plus superficielle de l'os se nécrose, et que d'autres fois la mort s'étend à toute son épaisseur.

Dans une plaie, lorsque l'os est mis à découvert, en

général la gangrène est bornée à la superficie de l'os, aux lames touchées ; et, au contraire, dans la mortification dite spontanée, elle s'étend ordinairement à toute l'épaisseur des parois du canal ou à tout le cylindre.

Je ne m'étendrai donc pas davantage sur ce fait, qui est trop bien éclairci maintenant pour qu'il laisse aucun doute. Ce qui arrive pour les parties molles se passe également pour les os, c'est-à-dire que la peau, par exemple, peut être frappée de mort partiellement, et les vaisseaux, ainsi que le tissu cellulaire vivans procèdent à la formation de la cicatrice ; et, lorsque cette membrane est complétement gangrénée, c'est aux parties environnantes qu'est réservé le soin de la cicatrisation. Dans la mortification de l'os, la nature procède de la même manière. Cependant si, dans une nécrose spontanée, l'épaisseur des parois n'est pas entièrement frappée de mort, il faut alors compter sur deux ressources : 1° sur les bourgeons qui s'élèvent du point de séparation entre l'os nécrosé et vivant ; 2° sur le périoste qui doit exhaler la lymphe osseuse.

Un professeur commence à exposer le mécanisme de la reproduction osseuse nouvelle par les os du crâne ; dans un langage clair et éloquent, il admet qu'ils ne sont pas nécrosés dans la jeunesse, parce que leurs parties organisées l'emportent sur les molécules salines, et que le contact de l'air, frappant leur surface, l'enflamme et la ramollit sans exfoliation. Mais il ajoute que si, à un âge plus avancé, l'os est mis à découvert, le phosphate de chaux étant déposé en plus grande quantité, et les proportions de vascularité de tissu cellulaire étant moins grandes, la nécrose s'empare de la table externe : car ordinairement, suivant lui, la mortification s'arrête au diploé, partie la plus vasculaire de l'os, et c'est à la faveur de ce réseau vasculaire, fourni par la dure-mère, que se fait la séparation de l'os et que les bourgeons se développent. Il admet, comme la plupart des chirurgiens, du reste, que l'os ne se reproduit pas lorsqu'il a été frappé de mort dans toute son épaisseur, et qu'alors la dure-mère forme une cicatrice peu résistante et non osseuse.

Je ne puis admettre que l'os mis à découvert dans la jeunesse ne se nécrose pas, et je ne puis croire que la guérison s'opère sans exfoliation, simplement par l'inflammation, le ramollissement et les végétations osseuses.

Toutes les fois que j'ai été à même d'examiner les os mis à découvert chez les jeunes sujets et chez des individus plus âgés, j'ai eu l'occasion de voir et d'observer constamment une exfoliation qui aurait pu passer inaperçue, si je ne m'étais douté du résultat et si je n'avais observé chaque jour la surface de la plaie. J'ai retiré des portions d'os compacte de la grosseur d'une tête d'épingle. Je possède un si grand nombre d'observations, qu'il ne m'est plus permis d'en douter, et je crois qu'à toutes les époques de la vie, lorsqu'un os large, de même qu'un os long, est mis à découvert, *il ne peut pas exister de formation de bourgeons sans exfoliation.*

Lorsque la nécrose survient par lésion de la membrane médullaire, par une cause quelconque, ce professeur admet que les couches les plus voisines du canal médullaire sont frappées de mort, et que les plus superficielles prennent un surcroît de vie, s'enflamment, se gonflent, que la séparation s'établit entre les couches vivantes et mortes, que du pus altère le séquestre, que l'os primitif prend un tel développement qu'on a de la peine à le reconnaître, et que le contact de la portion frappée de mort en altère un des points, qui, à l'aide d'un travail inflammatoire, forme des fistules servant à porter à l'extérieur les liquides et les portions d'os qui n'ont pu être résorbés. M. Richerand admet cependant que le séquestre, dans quelques circonstances, est entouré par le périoste, détaché de lui ; et que cette membrane s'ossifie et donne naissance à un os informe.

Cet auteur refuse donc au périoste la faculté de s'ossifier ; il repousse la théorie de Troja admise par David, et se fonde sur les raisons suivantes :

1° Sur ce que la portion mortifiée est en rapport avec la membrane d'enveloppe détachée :

2° Sur ce que l'os n'est pas frappé de mort en totalité ;

3° Sur ce que le périoste s'est présenté, dit-il, avec son organisation et ses attaches ;

4° Sur ce que, dans la fonte putride de la membrane médullaire, les couches profondes seulement se séparent du reste de l'os ;

5° Sur ce que, le périoste étant détaché de l'os, et la membrane médullaire intacte, les couches superficielles s'exfolient, et sur l'apparition de bourgeons celluleux qui recouvrent la surface de l'os et qui forment la cicatrice.

6° Enfin ce chirurgien, pour appuyer sa théorie et combattre ce qu'on pourrait lui objecter, refuse de croire que l'os se reforme, se reproduise, lorsqu'il a été frappé de mort dans toute son épaisseur ; aussi pense-t-il que le membre se raccourcit, ou qu'il survient une fausse articulation qui prive le malade de son membre.

D'abord, sans admettre que le périoste s'ossifie, ce que nous discuterons en parlant des périodes de la réparation des os, nous devons dire :

1° Que bien évidemment il y a régénération lorsqu'un os est frappé de mort et que le périoste est demeuré intact :

2° Qu'il y a régénération partielle lorsque l'os est frappé de mort dans une partie de son épaisseur ;

3° Qu'il n'est pas vrai que le membre se raccourcisse, lorsque l'os a été nécrosé dans toute son épaisseur, lorsque l'art n'a pas nui au travail de réparation ;

4° Qu'une fausse articulation n'est admissible que lorsque le périoste a été détruit dans une grande partie de sa longueur ;

5° Que pour que les opinions émises par ce chirurgien fussent exactes, il faudrait qu'il y eût absence de régénération ;

6° Que l'on ne peut admettre le développement de bourgeons que lorsque l'os est frappé incomplétement de mort dans son épaisseur, et que dans le cas contraire, il faut admettre la formation d'un nouvel os ;

7° Que nous ne refusons pas que l'escarre se sépare dans les os comme dans les parties molles, et que, sans nous inquiéter du *comment* le renouvellement d'un os s'opère, nous dirons que le périoste a cette destination.

Boyer en parlant du mécanisme de la reproduction admet que lorsque le périoste a été mortifié en même temps que l'os, la membrane médullaire en fait tous les frais; que bientôt elle s'enflamme, se gonfle, qu'en totalité elle se sépare du canal médullaire, laissant un intervalle dans lequel est déposée une couche albumineuse, et que cette lymphe se confond ensuite avec la membrane médullaire de manière à former un tout semblable, dont l'ossification s'empare; que plus tard « le séquestre se sépare » et est déplacé suivant lui par des bourgeons celluleux, et qu'enfin il sort par une des ouvertures fistuleuses, laissant en place l'os nouveau, qui prend, avec l'âge, plus de développement et de solidité.

Boyer pense que le périoste fait tous les frais de réparation, lorsque la membrane médullaire a été détruite. Ce chirurgien avance que ses opinions sont encore fortifiées par l'expérimentation.

Quant au dernier mécanisme, il est incontestablement vrai; mais quant au premier, il n'a pas encore, à mon avis, été démontré, et nous ne le croyons nullement fondé. Comment, en effet, expliquer cette nouvelle formation qui n'a été vue de personne, et de quelle manière le séquestre permettrait-il à l'os nouveau de se former? N'empêcherait-il pas son développement, son accroissement, son ossification, etc., et enfin comment l'os nouveau se débarrasserait-il du séquestre qui forme une espèce d'étui autour de lui? Au reste cette dernière objection n'en serait pas une si le fait était exact. Boyer parle ensuite du mécanisme de la reproduction des os larges, suivant que le périoste d'une des faces est détruit.

Delpech nie que la reproduction ait lieu lorsqu'un os long ou large est frappé de mort seulement dans une partie de son épaisseur, et il la regarde même comme inutile, et explique la cicatrice par l'engorgement de la portion d'os intacte, son augmentation de volume et sa raréfaction, et c'est par conséquent l'os vivant qui répare l'os mort. Cet auteur, qui rejette la reproduction lorsque la mort de l'os est partielle, l'admet au contraire lorsqu'elle s'étend à toute l'épaisseur de l'os, et c'est au périoste qu'il a dévolu cette propriété.

M. Sanson s'appuyant des recherches de plusieurs expérimentateurs, des observations de Boyer, de celles de M. Cloquet, etc., pense que le périoste reproduit l'os nouveau, lorsque la membrane médullaire est désorganisée, et que celle-ci le forme lorsque la membrane périostique a été détruite.

Nous devons ici examiner par nous-mêmes ce que l'observation nous a démontré, et ce que l'expérimentation nous a enseigné, sans pour cela avoir la vanité de croire que ces questions douteuses seront résolues.

Nous classerons comme il suit les cas de nécrose : ceux avec conservation du périoste, l'os primitif concourant pour sa part à la reproduction;

Ceux où le périoste seul reproduit le nouvel os;

Enfin ceux avec destruction du périoste.

Lorsque les couches superficielles d'un os ont été frappées de mort, et lorsque la membrane qui les enveloppe a été respectée, le travail morbide occasionne l'inflammation du périoste, la déposition d'une lymphe coagulable, albumineuse, concrescible, qui doit passer à l'état de cartilage, puis à celui d'os. D'autre part, les parties mortes se séparent des vivantes, des bourgeons se développent et les poussent vers l'extérieur, où elles finissent par déterminer de l'irritation et des fistules qui leur livrent passage. Eh bien! dans cette circonstance, les bourgeons fournis par l'épaisseur de l'os viennent se confondre avec la matière ossifiante fournie par le périoste, et ainsi l'os frappé de mort est reproduit par deux sources. C'est dans cette circonstance que la surface de l'os est recouverte de stalactites osseuses, irrégulières, qui rendent l'os chagriné et raboteux. Il n'est donc pas besoin d'avoir recours à la raréfaction de l'os, à sa tuméfaction, et de rejeter le concours du périoste pour réparer la perte d'une portion de l'os, sous prétexte que cette membrane est inutile dans cette réparation, comme si la nature devait écouter les désirs du chirurgien. Dans un os long, comme dans un os large, les phénomènes sont les mêmes.

Lorsque la nécrose est la suite d'une plaie, elle peut être plus ou moins profonde et doit présenter de grandes variétés, suivant l'étendue de la gangrène. Lorsque le périoste est enlevé dans une petite étendue, la nécrose est superficielle, et l'ossification se fait seulement aux dépens de l'os et non du périoste; et alors ce sont encore des bourgeons celluleux qui soulèvent la portion mortifiée et tendent à l'expulser sous la forme d'espèces de petites paillettes, de cristaux en aiguilles ou de plaques, ce qui constitue les exfoliations sensibles ou insensibles. Toujours est-il que les bourgeons s'ossifient et que les parties environnantes développant d'autres bourgeons celluleux, la cicatrice devient adhérente, ce qui la rend douloureuse par les tiraillemens.

Enfin, la circonstance la plus fréquente est celle où l'os est entièrement nécrosé et le périoste intact. Cette membrane, détachée de l'os nécrosé, s'enflamme, ses vaisseaux se dessinent davantage; elle s'épaissit et exhale une substance gélatineuse qui est déposée entre elle et l'os privé de vie. D'abord peu consistante, tremblotante par percussion, elle augmente bientôt de volume, de consistance, plus tard devient osseuse, résistante comme un os. Cette matière peut être divisée par le scalpel jusqu'à ce que l'ossification s'en empare.

Je ne suivrai pas les changemens que l'os ancien éprouve dans son espèce d'étui nouveau, non plus que ceux de l'os nouveau, nous en étant occupés ailleurs.

C'est ici qu'il est curieux de parler de cette remarquable reproduction des os larges, lorsque l'os ancien a été complétement frappé de mort, cas dans lequel on voit le périoste se détacher de l'os mort et exhaler, par sa face profonde, une lymphe concrescible, ossifiante, qui, de toutes parts, environne l'os ancien et en prend la forme. C'est ainsi que, dans la nécrose de l'omoplate, on voit se déposer cette manière organisable à la face

costale, acromiale, aux bords, en laissant cependant une échancrure pour laisser passer le pus à l'angle inférieur ou vertébral de l'omoplate nouvelle, ainsi que dans quelques autres points, de manière que l'os nouveau représente l'omoplate ancienne, puisqu'il en a les angles, l'épine, l'acromion et les faces.

Les os larges se reforment donc à la manière des os longs. L'anatomie pathologique l'a démontré sur l'homme et les animaux. A Alfort, j'ai pu examiner trois omoplates de nouvelle formation, dont deux, fort régulièrement disposées, viennent de chevaux différens. L'omoplate ancienne, enveloppée dans la nouvelle, est tout entière, quelques points exceptés de sa surface qui ont été usés par le pus. L'omoplate de nouvelle formation a les apophyses, les faces et les angles d'une véritable omoplate, au point qu'on ne peut méconnaître que l'ancienne, contenue entre ces deux lames, n'ait été son véritable moule. Je n'ai pu comprendre ce que les auteurs ont dit d'une ancienne omoplate renfermée dans deux omoplates nouvelles.

La condition, *sine quâ non*, de formation nouvelle est que tout os soit entouré par la membrane qui y donne naissance : le périoste. Son absence dans les os du crâne, à la face profonde, est la cause qui s'oppose à la formation du nouvel os, la dûre-mère ne pouvant remplacer cette membrane de sécrétion.

Lorsque le périoste a été détruit dans une grande partie de la circonférence de l'os, ou dans tout son contour, y a-t-il formation d'un nouvel os aux dépens de la membrane médullaire? Des hommes habiles ont résolu la question par l'affirmative, plutôt par analogie que par les faits, aussi l'indication m'a-t-elle semblée fautive. Je ne reviendrai pas sur l'opinion de Boyer et des auteurs, désirant moi même relater : 1° ce que l'observation m'a appris lorsque le cylindre presque entier d'un os long a été nécrosé ; 2° ce qui arrive dans la trépanation des os, et ce qui se passe lorsque le périoste a été totalement détruit.

Lorsque la nécrose occupe le cylindre presque entier, et lorsque le périoste a été détruit comme dans une large plaie qui suppure, se forme-t-il alors un os nouveau, et la membrane médullaire en est elle la source? J'ai conservé une pièce qui offre une nécrose du tibia de deux pouces et demi à peu près, excepté un tiers de sa paroi postérieure qui a été conservé intact. Eh bien! la portion du périoste demeurée saine a donné lieu à des concrétions osseuses, irrégulières, et toute la portion d'os dépourvue de cette membrane ne s'est pas reproduite; la membrane médullaire aurait dû, si elle avait eu la faculté de reproduire l'os, lui donner naissance, pendant le temps assez long que le malade a vécu. De la membrane médullaire surgissaient des granulations qui s'avançaient de toutes parts, qui se confondaient avec les bourgeons vasculaires environnans sans s'ossifier, puisqu'ils formaient, par leur réunion, une sorte de champignon semblable à celui que l'on rencontre dans le canal médullaire des os amputés. Il n'y avait donc eu ni transformation cartilagineuse, ni transformation osseuse. Je n'ai jamais vu, dans une nécrose complète, avec destruction du périoste, l'os se reproduire aux dépens de la membrane médullaire. De ces faits, on peut en rapprocher d'autres qui ne méritent pas moins d'intérêt, ce sont les trépanations que l'on pratique sur les os longs pour en retirer un séquestre. Sur quatre trépanations du tibia, après avoir fait une perte de substance au nouvel os et être arrivé jusqu'au canal médullaire pour en retirer l'os mort, je n'ai jamais trouvé le moindre travail dans la membrane médullaire qui pût faire soupçonner la faculté de produire un os nouveau. Ce qui le prouve, c'est son bourgeonnement, commencé avant l'enlèvement du séquestre, qui se continue après son extraction, qui se recouvre d'une cicatrice mince, rougeâtre, puis blanche, et qui se laisse déprimer par la pression ; mais si la perte de substance faite à l'os a été peu considérable, les bourgeons qui naissent de sa circonférence bientôt se confondent et s'ossifient, mais alors ils ne viennent plus de la membrane médullaire.

M. Stanley, qui a fait une suite d'expériences curieuses et intéressantes sur la reproduction des os, a démontré : 1° que lorsqu'un os est perforé par une couronne de trépan, qu'une éponge est introduite dans le canal médullaire par cette ouverture, l'os est bientôt reformé aux dépens du périoste. C'est, du reste, ce que l'on voit dans la section de l'os en détruisant la membrame médullaire au moyen d'un stylet ou d'un autre corps étranger, et déjà, le quatorzième jour, il vit que le périoste était devenu extrêmement vasculaire, volumineux, et que le nouvel os commençait à prendre de la solidité. D'autre part, M. Stanley a remarqué qu'après avoir détruit le périoste; jamais un nouvel os ne se formait aux dépens de la membrane médullaire.

Nous admettons donc : 1° que le périoste seul sert à former le nouvel os ; 2° que le périoste et la partie d'os demeurée saine, lorsque la nécrose n'envahit pas toute l'épaisseur de l'os, concourent à réparer la partie morte ; 3° que la membrane médullaire ne concourt jamais à former le nouvel os, et qu'elle paraît avoir pour usage exclusif de sécréter la moelle et de servir à la formation des cicatrices molles, lorsqu'elle est enflammée.

Je n'ignore pas cependant que des autorités imposantes ont admis l'ossification de la membrane médullaire dans la formation du cal ; c'est ainsi que Duhamel a noté l'état de cette membrane, que MM. Breschet et Cruveilhier ont trouvé les bouts des fragmens remplis par un cal intérieur, analogue au cal périostique, chez des pigeons et des lapins. Troja, par expérimentation, dit avoir démontré l'ossification de la membrane médullaire ; il remarqua, après avoir tué les pigeons soumis à l'expérience, sept à huit jours après, la *membrane médullaire ossifiée*. Il avait, dans cette expérience, dépouillé le tibia des parties molles ainsi que du périoste, et il trouva les restes de ce dernier ossifiés.

M. Cruveilhier dit avoir vérifié l'ossification de la membrane médullaire par une expérience. Ce professeur avoue cependant n'avoir rencontré dans l'homme que des rudimens intérieurs de ce cal.

D'abord, je ferai remarquer que le fait rapporté par MM. Breschet et Cruveilhier ne prouve pas que cette

membrane eût été le fait d'une ossification, puisque le dernier, à la page 41 de son *Anatomie pathologique*, dit : « Que les bouts des fragmens étaient remplis par « un cal intérieur assez analogue au cal extérieur, « formé comme lui de substance spongieuse, remplis- » sant entièrement le canal à l'endroit fracturé, et al- » lant progressivement en diminuant à mesure qu'on » s'en éloignait; en sorte que ce cal, facile à isoler de » l'os, était cylindrique à l'extérieur et creusé en de- » dans par une cavité conique. » Il n'y a dans ce fait, pour nous, qu'inflammation de la membrane médullaire et solidification de la moelle, par le fait même de l'irritation.

Quant aux expériences de Troja et à celle qui est propre à M. Cruveilhier, elles ne sont pas assez détaillées pour qu'on puisse les regarder comme probantes, puisqu'on parle d'ossification de la moelle et non de la membrane médullaire : le temps qu'a indiqué Troja pour l'ossification de la membrane médullaire nous a paru un peu court.

Quant à l'oblitération du canal médullaire après l'extraction ou l'expulsion d'un séquestre, elle est due, non à l'ossification de la membrane qui le tapisse, mais à sa destruction ou à des bourgeons développés de la face profonde de l'os nouveau qui marchent à la rencontre les uns des autres, et cette ossification même contraste, pour sa densité, avec le reste du canal médullaire, que l'on dit persister dans le nouvel os ou se reformer par absorption plus tard, comme cela a lieu après la formation du cal. Dans les os nouveaux que nous avons sous les yeux, avec mortification de toute l'épaisseur de l'os primitif, le canal médullaire s'est oblitéré, ou si l'on rencontre des cavités, elles sont cloisonnées, n'offrant plus rien de régulier, et sont tapissées à l'intérieur par une membrane de nouvelle formation, bien différente de la membrane médullaire. Entre le séquestre et l'os nouveau, nous avons rencontré de bourgeons très-vasculaires, gonflés de sang, mais ils étaient le produit de la lymphe déposée par suite de l'irritation entretenue par le corps étranger, et n'indiquaient nullement une membane médullaire de nouvelle formation ; car il ne m'est guère possible d'admettre sa réparation, ainsi que le renouvellement du périoste, lorsqu'il a été détruit. M. Cruveilhier admet que la moelle se reproduit d'après des expériences. Je n'ai vu la membrane médullaire demeurer au centre de l'os nouveau que lorsqu'elle a été enflammée et non détruite, cas dans lequel elle se continue dans le canal médullaire après l'extraction du séquestre, en se rapprochant de l'intérieur de la coquille nouvelle, de la non-oblitération de ce conduit.

C'est ce que j'ai pu observer chez un nommé David, amputé dans le but d'arrêter l'abondance de la suppuration, survenue à la suite d'une plaie d'arme à feu du genou, et dont toute l'épaisseur du fémur se nécrosa dans l'étendue de plusieurs pouces. La membrane médullaire bourgeonna hors de l'os, forma tampon, ne s'ossifia pas, un nouvel os fut formé par le périoste ; je fis l'extraction du séquestre, et la membrane médullaire put alors se confondre avec l'intérieur du cylindre nouveau.

Lorsqu'une tumeur se développe à l'intérieur d'un os, aux épiphyses, par exemple, à mesure qu'elle augmente de volume et qu'elle use l'os de dedans en dehors, la mince couche de substance compacte extérieure est frappée de mort par l'oblitération des vaisseaux qui se prolongent, de l'extérieur ainsi que de l'intérieur, dans la substance compacte et la fluctuation se déclare, les parties molles s'ulcèrent, et des plaques osseuses gangrenées sont expulsées avec de la sanie purulente. C'est la marche qui suit la nature dans certains spina-ventosa, dans les tumeurs vasculaires des os. Le périoste, dans tous ces cas, s'est enflammé en même temps que la vie cessait dans l'os primitif, et a sécrété une lymphe qui s'ossifie irrégulièrement, de manière a représenter des sortes de coques, de poches osseuses énormes, trouées dans différens sens, présentant beaucoup d'aspérités à l'extérieur et moins de prolongemens osseux à l'intérieur.

Sans avoir la prétention ni l'intention de dire tout ce qui a rapport aux changemens qu'éprouve le séquestre et qu'il fait éprouver aux os voisins, aux articulations, ainsi qu'aux accidens qui se déclarent pendant son existence au sein de l'os nouveau, je m'occuperai du cheminement de l'os ancien en quelques mots et de l'arrêt de développement de l'os nouveau.

Lorsque l'os primitif est enveloppé par l'os nouveau, devenu très-épais et qui n'offre que des ouvertures disproportionnées au volume du séquestre, alors ce dernier, par sa présence, détermine une inflammation et une suppuration continuelles, et produit par son séjour un ramollissement qui lui permet de cheminer dans le sens le plus déclive, de sorte qu'il peut finir par traverser une articulation et pénétrer dans une des surfaces articulaires des os qui contribuent à la former.

Je conserve un fémur, une rotule et un tibia confondus par leurs surfaces articulaires au moyen d'une véritable cicatrice osseuse, comme le démontre la coupe verticale. Sur cette pièce curieuse, et dont je ne connais pas d'exemple, l'os primitif conservé au milieu d'un os nouveau, avec sa forme cylindrique, son canal médullaire, a cheminé à peu près au centre de l'os secondaire, en se rapprochant toutefois un peu de la partie postérieure, en se déviant sur le condyle interne du tibia, dans lequel il s'est enfoncé dans l'étendue d'un demi-pouce à peu près, de manière à former une espèce de pont d'un os à l'autre au travers de l'articulation. La rotule est confondue avec les condyles du fémur, et ceux-ci avec les surfaces articulaires du tibia. C'est donc par une sorte d'inflammation ulcérative, comme le voulait Hunter pour les parties molles, ou une ostéite ulcérante, comme l'admet M. Gerdy, que l'os a cheminé d'un lieu à un autre.

Je ne parlerai pas des fistules permanentes qui résistent même à l'enlèvement du séquestre, et du traitement qui consiste à détruire le trajet fistuleux pour en obtenir la cure, non plus que de la phlébite, que je crois assez rare dans la nécrose.

Quelquefois le nouvel os est arrêté dans son développement osseux et demeure à l'état de cartilage, ce qui nous semble dû ou à la constitution du sujet ou à la mobilité de la partie. N'est-ce pas aux muscles nombreux qui prennent des points fixes sur l'os nouveau de la mâchoire, lorsque celle-ci se nécrose et à ses fréquens mouvemens, qu'est dû son défaut de résistance chez un homme dont l'os maxillaire avait été nécrosé et qui fut opéré par M. Gerdy?

Je ne parlerai en aucune manière des symptômes de la nécrose; je dirai seulement que les douleurs que ressentent les malades affectés de cette maladie, ont leur siége dans le membrane médullaire, dans le périoste enflammé, dans les parties molles, confondues entre elles à la longue par la lymphe qui les unit, laquelle prend de la dureté, rend difficile le jeu des muscles, la locomotion des artères, et qui rend impossible, après l'amputation, la ligature immédiate de ces vaisseaux. Le diagnostic de la nécrose, qui peut être confondue avec des fistules et la carie, ne m'occupera pas davantage.

Les fistules surviennnent à la suite d'ostéite déterminée par un séquestre qui les a entretenues et qui persistèrent, comme déjà il a été dit, après sa destruction.

L'introduction de la sonde dans les ouvertures fistuleuses ne fait connaître aucune trace de corps sec; au contraire, l'instrument pénètre avec facilité à des profondeurs variables, et il ne sort que quelques gouttes de sang après cette exploration; cependant il arrive quelquefois que la sonde rencontre une partie d'os dure, et alors la même résonnance existe, que si un séquestre était enseveli dans un os nouveau: c'est ce qui m'est arrivé sur un jeune homme qui présentait plusieurs ouvertures fistuleuses qui, sondées, me donnèrent la sensation d'un os mort. Chez ce jeune homme, le séquestre avait été détruit et expulsé par les ouvertures accidentelles. Je trépanai le tibia et le malade guérit. Ces fistules eussent été interminables si je n'avais détruit leurs trajets. La méprise ne serait donc pas grave, puisque le traitement est le même.

Peut-on confondre la nécrose avec la carie? Il est arrivé bien des fois qu'elle a été confondue avec la dernière; les trajets fistuleux développés à la partie moyenne des os longs, le bruit sec, résultat de l'exploration, la résonnance dans cet endroit, ne permettent pas la moindre méprise sur l'existence d'une nécrose.

La carie, qui est un ulcère des os, prise dans le sens acceptionnel, est, comme l'a indiqué Béclard, et comme les auteurs modernes l'ont écrit, bien plus rare qu'on ne le pensait jadis.

Cependant on voit tous les jours des dépressions, des cavités à la surface des os larges, des os courts, qui paraissent être une véritable érosion semblable à celle des parties molles. C'est ce que nous avons observé pour le tibia dans un ulcère atonique, c'est ce que nous avons rencontré à la suite des ulcères syphilitiques du crâne, ainsi que dans les os courts chez les malades scrofuleux.

Mais, encore une fois, soit que l'on veuille admettre que ces altérations sont le produit d'une absorption morbide dirigée contre l'organe lui-même, ou qu'elles sont le résultat d'une inflammation ulcérative, je ne puis croire à l'existence d'une carie sans nécrose, précisément à cause des particules salines qui tombent sous forme pulvérulente, ou même du séquestre pendant le travail morbide, en conservant tous les caractères de l'os nécrosé. Toutes les fois qu'une inflammation s'est emparée des parties molles, qu'elle est de nature ulcérative, que le périoste a été rongé et que l'os finit par être résorbé, toujours des parcelles d'os se détachent et sont entraînées par la suppuration. Un autre genre d'altération, de carie, donne lieu aussi à la nécrose, mais d'une manière un peu différente; c'est l'inflammation qui s'empare de l'épaisseur de l'os, qui détermine l'exhalation de la lymphe, la sécrétion du pus, qui en imprègnent toutes les molécules, d'où amincissement et décollement de la couche mince extérieure de l'os frappé de mort, la circulation n'étant plus possible dans les diverses substances. Aujourd'hui même, j'ai sous les yeux une pièce pathologique qui démontre que la carie des os courts n'est autre qu'une inflammation terminée par nécrose. Les os du tarse, le cuboïde, le scaphoïde et l'astragale, qui tous ont perdu de leur poids, de leur consistance, sont complétement nécrosés, faciles à couper; laissant suinter de toutes parts, comme d'une éponge dont on exprime l'eau, du pus en grande quantité, du sang altéré, couleur lie de vin; friables, et dont j'ai enlevé la couche mince de substance compacte qui les entourait avec une extrême facilité; elle était transformée en escarre. J'ai été surpris de la quantité de pus que contenaient le scaphoïde et le cuboïde; on aurait dit que, par la pression, on allait réduire ces os en un liquide purulent qui sortait de petits foyers dont les parois avaient été formées par la destruction des cellules voisines. Le stylet, la sonde cannelée la traversaient comme du beurre, et cette nécrose avait tous les caractères de la carie signalée par les auteurs.

Je crois donc que la carie est toujours une ostéite des cellules avec nécrose dans une étendue qui est en rapport avec celle de l'inflammation et la quantité de liquides purulens et sanguinolens qui remplissent le tissu osseux. Le grand nombre de maladies des os que l'on remarque à l'hôpital Saint Louis m'a permis de faire les reflexions que je viens de soumettre à l'Académie des sciences.

Je n'ai l'envie ni de répéter ce que l'on a écrit sur le traitement de la nécrose, ni de combattre les diverses méthodes de traitement intérieur, ou extérieur ayant seulement le désir de faire connaître une méthode qui jusqu'à présent n'a été qu'indiquée, la trépanation.

Nous n'avons donc pas besion de parler des moyens prophylactiques de la nécrose, de la manière dont on doit combattre le gonflement des os courts, qui, au premier degré, n'est qu'une inflammation et une nécrose, dite carie, dans une période plus avancée. Je dirai seulement que le repos, les antiphlogistiques, les frictions qui favorisent la résorption des liquides dé-

posés au sein de l'os doivent être mis en usage pour s'opposer aux progrès de la maladie qui sans cela se transforme (en carie) en nécrose.

Disons que, lorsque la nécrose est établie, les chirurgiens se pressent trop d'ébrauler l'os, et qu'ils n'attendent pas assez le travail réparateur de la nature médicatrice.

Ce sont les secousses imprudemment imprimées à un séquestre qui déterminent des inflammations violentes, des phlegmons diffus, qui minent les malades par l'abondance de la suppuration, et les épuisent si l'amputation ne vient à leur secours. Un homme, atteint par les éclats d'un fusil crevé, ne conservait de sa grave blessure qu'une nécrose d'une phalange, à laquelle on imprima trop tôt des mouvemens pour l'extraire, ce qui détermina une inflammation violente, un phlegmon diffus, une suppuration abondante, qui épuisa le malade jusqu'au moment où l'amputation vint l'arracher à une mort inévitable. Les tentatives d'extraction de l'os nécrosé doivent donc être faites avec prudence, lorsqu'il s'agit d'une phalange nécrosée qui, de toutes parts, est entourée par des nerfs et des vaisseaux nombreux.

C'est pour ne pas avoir attendu la réparation par le périoste, lorsqu'il a été ménagé, que les malades désirant l'amputation perdent une phalange qui aurait pu être reproduite.

Il se présente à nous une question, c'est de savoir quand il faut amputer dans la nécrose ou avoir recours à la trépanation.

Delpech prétend que l'on ne doit pas extraire un séquestre lorsque, par sa présence, il ne détermine pas une suppuration abondante et la détérioration de la santé générale; il blâme hautement, dans ces cas, une thérapeutique énergique car, suivant lui, on doit espérer que le séquestre sortira par une des ouvertures fistuleuses, après avoir perdu de son volume; et, au contraire, si l'écoulement du pus est abondant, si le sujet devient hectique, il faut sans plus tarder, mettre un terme à un pareil désordre par l'extirpation de l'os mort. L'amputation, ressource dernière de la chirurgie, doit être, suivant lui, mise en usage, lorsque le séquestre se rapproche d'une grande articulation ou lorsqu'il l'a atteinte.

Je ne pense pas comme Delpech qu'on doive demeurer simple spectateur de ce qui se passe, en attendant la sortie spontanée de l'os mort par une des fistules et l'oblitération de celle-ci; car, comme nous l'avons dit, à la longue elles s'organisent et entretiennent après son expulsion un écoulement variable dans sa quantité et sa qualité. On doit craindre que la suppuration n'épuise le sujet, n'expose la contitution à des habitudes de déplétion qui sont suivies, après la guérison, d'hypertrophie du sang et de congestion, et craindre enfin que l'irritation n'agglutine, ne confonde les muscles et ne rende par là les mouvemens difficiles ou impossibles. Il faut donc se débarrasser de ce corps étranger, pour éviter des suppurations plus graves, des érysipèles, des phlébites, mais on ne doit le faire que dans le indications suivantes :

1° Lorsque l'os est superficiel, ou que les parties molles sont tellement réunies par l'excès d'irritation, qu'elles forment un seul tout compacte, au point que ses vaisseaux sont altérés, fournissent peu de sang, et que le pus n'a aucune tendance à s'infiltrer dans l'épaisseur des parties, qui ont perdu leur laxité. Il résulte de là que la trépanation doit être mise en usage aussi bien pour les bras et la cuisse que pour le tibia; il ne faut donc pas se laisser effrayer par la *compacité* du membre, par sa dureté, parce que, suivant nous, c'est une heureuse circonstance qui nous permet d'attaquer l'os sans des craintes de phlegmon diffus, et, sous ce rapport, le volume du membre, le nombre des parties, la profondeur de l'os, ne seront pas alors une contre-indication.

2° Lorsque le séquestre est devenu mobile, ce qui permet de l'enlever sans tractions violentes et douloureuses.

3° Lorsque l'os nouveau a pris de la solidité et est devenu complétement osseux, sans quoi le chirurgien compromettrait le salut du membre, le poids du corps ou les mouvemens devant courber la nouvelle production osseuse. Il est donc nécessaire, indispensable même que l'os nouveau se moule sur l'ancien, qui lui sert de tige et de colonne; sans ce dernier, en effet, le membre plierait et le malade ne pourrait marcher.

4° Lorsque le travail de réparation est entièrement fini.

5° Lorsque l'os primitif sort par une ouverture fistuleuse; mais les tractions ne doivent pas être faites sur lui lorsqu'il est trop serré, ou lorsqu'il ne peut pas être saisi par les ouvertures qui doivent être agrandies : c'est à l'aide de la trépanation qu'on doit le mettre à découvert.

Comment doit-on pratiquer cette opération?

1° La plupart de nos grands maîtres veulent qu'on attaque l'os malade, avec raison, par le point où les vaisseaux sont moins nombreux, par celui où les chairs ont le moins d'épaisseur, en comprenant dans l'opération les fistules.

2° Dans un second principe, ils conseillent de comprendre, dans deux incisions semi-elleptiques, les parties molles où se trouvent les fistules, d'enlever les chairs et de mettre l'os à découvert.

3° Dans un troisième temps, on procède à la trépanation de l'os, qui, suivant nous, doit être faite sans désemparer, quoique Boyer pense qu'on puisse la remettre si le sang gênait trop l'opérateur.

On sait que quelques praticiens ont conseillé de pratiquer cette sorte de résection avec la gouge et le maillet, fertiles en inconvéniens; aussi préfère-t-on la trépanation avec une trépline ou un trépan ordinaire.

Un professeur propose, après avoir mis l'os à découvert, d'appliquer une ou deux couronnes de trépan à la partie inférieure du séquestre et de détruire les lamelles osseuses qui demeureraient entre les ouvertures pratiquées à l'os, de saisir le premier, de l'ébranler et de le retirer, à moins qu'il n'offre beaucoup de résistance, ce qui pourrait amener le tétanos, qui a été quelque-

fois la suite des efforts qu'on avait faits pour l'extraire.

D'abord il peut bien arriver que quelquefois deux couronnes de trépan suffiront pour extraire le séquestre; mais l'expérience m'a démontré qu'il en fallait un plus grand nombre, quatre ou cinq, rarement moins de trois, si on veut éviter des tractions douloureuses, etc. Secondement, en attaquant le séquestre par la partie la plus déclive, il n'est pas sûr qu'on tombera précisément dessus, et alors on aura pratiqué une opération inutile; et, en supposant qu'on tombât juste, on ne pourra l'extraire qu'avec difficulté, et peut-être pas du tout, s'il offre quelque longueur.

Il me semble donc que, pour être sûr d'arriver sur le séquestre, il ne faut pas perdre de vue les fistules osseuses, car il peut bien se faire, comme nous l'avons rencontré, et comme nous en citerons un exemple, que l'os mort ait de beaucoup dépassé la partie déclive. Quant à la crainte d'affaiblir l'os par un plus grand nombre de couronnes de trépan, cela ne me paraît pas fondé, car l'os secondaire a plus de volume que l'ancien, et on ne fait une perte de substance que dans un point, et non dans une grande partie de la circonférence, parce qu'ensuite les parois osseuses qui demeurent prennent plus de développement et d'épaisseur, comme l'anatomie pathologique nous l'a prouvé.

Il m'a paru qu'on pourrait rendre le procédé d'extraction plus simple et le dépouiller de ses dangers : 1° par une incision simple sans enlèvement des parties molles; 2° par l'application de couronnes de trépan, dont le nombre doit être en rapport avec celui des fistules, qui me paraissent être en proportion de l'étendue du séquestre; 3° par une dissection des lèvres de la plaie; 4° par la formation de deux lambeaux qui laissent en haut et en bas au milieu un espace angulaire de parties molles; 5° par le chevauchement des couronnes de trépan les unes sur les autres, de manière à ne pas laisser de cloisons osseuses.

Pour donner une idée plus circonstanciée de ce procédé, prenons un exemple de son application dans un cas de nécrose du tibia.

Je commence, après avoir exploré les fistules, reconnu l'étendue du séquestre par l'introduction d'une sonde métallique dans chacun des trajets fistuleux, par faire une incision suivant la longueur du tibia, en comprenant la plupart d'entre eux dans le trait de bistouri; elle doit pénétrer jusqu'à l'os nouveau du premier coup, et à chaque point où elle finit et commence viennent se rendre deux autres incisions obliques, qui se réunissent dans la division commune, de manière qu'on obtient ainsi un espace considérable. Les chairs sont ensuite disséquées jusqu'à l'os, en promenant le bistouri dans toute la longueur de la division. En procédant de la sorte, quelle que soit la densité des tissus, leur fusion, si on peut s'exprimer ainsi, on peut attaquer l'os facilement, quelle que soit la largeur de la couronne de trépan. Les lambeaux qui, après la guérison, recouvrent la surface de la plaie, empêchent la rupture de la cicatrice et rendent la difformité peu considérable.

Ces lambeaux, l'un porté en dehors, l'autre en dedans, tenus par des aides et recouverts de linges fins, enduits de cérat, je procède à l'application des couronnes de trépan, dont le nombre est en rapport avec celui des fistules et l'espace qui les sépare, de manière à les comprendre, autant que possible, dans chaque portion trépanée.

On est prévenu qu'on est arrivé au séquestre par un défaut de résistance, et on doit être averti que celui-ci est entouré par du pus, du sang et des bourgeons qui paraissent en masquer la présence. Après l'extraction du séquestre, il sort des bourgeons dechirés une quantité de sang assez considérable qui se mêle à celui qui est fourni par les parties molles et la substance de l'os nouveau.

J'abaisse les lambeaux sur la surface sinueuse de la plaie et la recouvre d'un linge troué enduit de cérat, de charpie trempée dans l'eau froide et de compresses longuettes imbriquées les unes sur les autres.

Que se passe-t-il après cette opération?

Boyer a indiqué le gonflement des parties molles, la suppuration et les exfoliations qui se font sur les coupes qu'a pratiquées la scie circulaire, les bourgeons qui recouvrent les surfaces sinueuses, l'affaissement osseux des bords de la division, la lenteur avec laquelle la cicatrice se forme et la dépression que l'on retrouve après la cicatrisation de la plaie, dépression qui est en rapport avec la perte de substance que l'on a pratiquée.

(*La suite au prochain numéro.*)

BULLETIN CLINIQUE.

Les faits, leur interprétation.

AOUT 1836.

HOPITAL DE LA CHARITÉ.

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR ANDRAL.

Symptômes de fièvre typhoïde avec altération très-légère du tube digestif et collection purulente entre la colonne vertébrale et le pharynx. — Léger mal de gorge pendant la vie.

On a beaucoup débattu, dans ces derniers temps, la question de savoir jusqu'à quel point l'ensemble des symptômes qui caractérisent la fièvre typhoïde doit être considéré comme le résultat constant d'une inflammation du tube digestif, et en particulier de celle des follicules intestinaux.

L'observation suivante nous a paru digne d'être publiée comme propre à éclairer cette grave question. Elle montre en effet un cas dans lequel non-seulement ont apparu les symptômes de fièvre typhoïde, mais de plus où ces symptômes se sont succédés dans l'ordre suivant lequel ils se manifestent pendant le cours de cette maladie; c'était véritablement une dothinentérie par la nature des désordres fonctionnels, par leur succession et leur enchaînement, et cependant le tube digestif n'offrit après la mort que des altérations très-légères, incapables certainement de rendre compte des phénomènes morbides observés pendant la vie. Le développement très-peu considérable des follicules était, si on veut, un des élémens de la maladie, il ne pouvait en être considéré comme la cause; mais ailleurs existait un désordre bien autrement grave : c'était un abcès considérable, soudainement formé derrière le pharynx; et l'obscurité de cette lésion, la difficulté de son diagnostic sont encore autant de circonstances qui ajoutent à l'intérêt de l'observation que nous publions. Cet abcès était-il lui-même la cause de la fièvre typhoïde? n'en était-il lui aussi qu'une lésion secondaire, ou qu'un des élémens, comme la très-légère altération intestinale qui fut constatée, et la fièvre marche-t-elle accompagnée de ces lésions diverses, sans être déterminée par aucune? Ce sont là autant de graves questions que nous nous contenterons de poser et que nous soumettrons aux réflexions des observateurs.

Ce fait tendra du moins à prouver que tout n'en est pas fini avec la détermination du rôle que joue dans la fièvre typhoïde l'altération gastro-intestinale.

Salle Saint-Louis, n° 38, est couché le nommé Léger, garçon de bain, à Paris depuis deux ans. Depuis cinq ans, il a joui d'une bonne santé; il a eu, il y a huit mois, un premier mal de gorge, il est malade depuis quatre jours. Il s'était couché et endormi au soleil; il s'est réveillé avec un mal de tête assez violent, s'irradiant principalement vers la nuque; en même temps, anorexie, dévoiement, malaise. La nuit suivante, mal de tête, agitation.

Le lendemain et le surlendemain, persistance des mêmes symptômes; plus, mal de gorge qui est survenu sans frisson.

État actuel, 2 juillet. — Face médiocrement colorée, front assez chaud, céphalalgie disparaissant par le repos, peu d'étourdissemens, pas de vertiges ni de bourdonnemens d'oreille, épistaxis (il y est sujet). Avant-hier sentiment de faiblesse et de fatigue, pas de douleurs dans les articulations; langue sèche, rouge à la pointe, enduit blanc au centre; soif vive; anorexie. L'amygdale du côté gauche est un peu volumineuse; rougeur du pharynx et du voile du palais. A l'extérieur, tuméfaction plus prononcée à gauche qu'à droite. Douleur en avalant, surtout les boissons; ventre indolent, partout souple, sans ballonnement; trois selles ce matin: pas de taches à la peau; 84 respirations; peau chaude, halitueuse; 28 respirations; pas de palpitations; son normal à la région du cœur. Un peu d'impulsion au cœur. Aucun bruit anormal; sujet à tousser depuis plusieurs années; respiration bonne de deux côtés en avant; quelques bulles de râle muqueux en arrière; des deux côtés, son normal. La salive est légèrement alcaline. — (Saignée de quatre palettes; infusion pectorale; diète.)

3 juillet. — Caillot large, consistant, occupant tout le diamètre du vase; peu de sérum; pas du couenne. Douleur moins vive à la gorge; déglutition plus facile; encore un peu de gonflement à l'amygdale; persistance de la rougeur du pharynx et du voile du palais; langue sèche et rouge; deux selles liquides; pas de douleur de ventre; 84 pulsations; 24 respirations. — (Diète, boissons émollientes.)

4 juillet. — Sentiment de faiblesse; impossibilité de marcher; étourdissemens; persistance de la sécheresse de la langue; dents également sèches; gencive inférieure recouverte d'un enduit blanc; ventre souple, indolent; pas de selles depuis hier; 80 pulsations, 20 respirations; les boissons reviennent par le nez. — (Orge, pot. gommeuse, 24 sangsues au cou).

5 juillet. — Même état d'affaissement. 112 pulsations; pouls petit; un peu de stupeur. Les sangsues ont coulé toute la journée très-abondamment; langue plus sèche

qu'hier; elle est comme racornie, toujours aussi rouge; une selle; léger gargouillement dans la fosse iliaque droite; pas de taches; sudamina à la base du cou.

6 *juillet.* — Déglutition facile à l'extérieur; moins d'enflure et moins de douleur; l'amygdale gauche est toujours un peu tuméfiée; le voile du palais et le pharynx offrent une teinte rouge brunâtre; langue humide, recouverte d'un enduit épais; quelques envies de vomir; persistance des sudamina; diphtérite légère, bornée aux gencives; ventre plat; pas de taches; pas de selles depuis hier; écoulement purulent par l'oreille droite (le malade y souffrait depuis trois ou quatre jours); intelligence nette; abattement un peu moins prononcé; 104 pulsations. (Une bouteille d'eau de Sedlitz, diète).

7 *juillet.* — Eryspèle borné à l'oreille droite; langue rouge, colante, recouverte d'un enduit blanc, avec croûte brunâtre au centre; soif assez vive; peu d'appétit; pas d'envie de vomir; pas de coliques; deux selles; ventre souple, indolent; chaleur âcre à la peau; pas de taches persistantes des sudamina: 112 pulsations; 32 respirations; pouls développé, tendu et assez dur; pas de mal de gorge; dents sèches; enduit blanc aux gencives inférieures.—(Eeau de Sedlitz, une bouteille; limonade; diète).

8 *juillet.* — L'érysipèle persiste et a envahi toute la joue droite et une partie du front du même côté; abattement général; prostration; immobilité des membres et du tronc. Langue extrêmement sèche, râpeuse, rouge, cornée sur les bords, croûteuse au centre; lèvres extrêmement sèches et croûteuses dans quelques points; dents également sèches, un peu fuligineuses; même enduit aux gencives inférieures; selles abondantes; ventre naturel pour la forme, souple et indolent; persistance des sudamina; pas de taches sur l'abdomen; pouls fréquent, 106 pulsations; peau sèche et brûlante; le malade est beaucoup plus mal qu'hier. — (Infusion pectorale, sinapismes aux pieds).

9 *juillet.* — L'érysipèle s'est étendu vers le bas de la face; la paupière droite est fortement tuméfiée et abaissée sur l'œil; quatre selles hier; 120 pulsations; pouls développé; peau chaude, brûlante; 32 respirations. — (Saignée de trois palettes).

10 *juillet.* — Caillot petit, rétracté, d'une consistance ordinaire, recouvert d'une couenne mince, à bords relevés; sérosité abondante. Il y a eu du délire la nuit; ce matin, stupeur; l'érysipèle n'a pas augmenté; la joue s'est un peu affaissée; langue très-sèche, encroûtée; dents sèches; persistance des sudamina; apparition de nouveaux sudamina à l'abdomen; la rate dépasse un peu le bord des fausses côtes. Pas de ballonnement du ventre; plusieurs selles; 142 pulsations; 20 respirations. La respiration est très-haute, bruyante dans le larynx. Le pouls est faible; l'artère est comme vide. En avant, râle sibilant dans plusieurs points de la poitrine. — Limonade 2 pots, potion gommeuse, sinapismes aux jambes, diète).

11 *juillet.* — Délire violent toute la nuit; application de la camisole; persistance du dévoiement; endolorissement de tout le ventre, déterminé par la pression; peu de chaleur à la peau; persistance du râle muqueux à la partie antérieure de la poitrine; 140 pulsations 20 respirations; persistance du gonflement de l'amygdale gauche. — (Même prescription. Plusieurs cataplasmes sur le ventre).

12 *juillet.* — Délire hier dans la journée; un peu de délire dans la nuit; deux selles liquides; état de stupeur et de prostration considérable; langue très-sèche, fendillée, brune; l'érysipèle est complétement flétri; l'amygdale gauche continue à être légèrement tuméfiée; ventre très-plat, toujours un peu douloureux; 140 pulsations; 28 respirations; le pouls est petit et faible; la respiration très-haute. — (Limonade 2 pots; plusieurs cataplasmes sur le ventre; sinapisme, potion gommeuse; diète).

13 *juillet.* — Langue extrêmement sèche, fendillée, brunâtre; prostration complète; 132 pulsations; pouls petit, filiforme; une selle; peu de délire la nuit: la respiration très-accélérée, laborieuse, très-profonde; en arrière, râle muqueux: à gauche, râle sous-crépitant. Le malade est très-mal. Même prescription.

14 *juillet.* — Mort dans la nuit.

Autopsie cadavérique, 28 heures après la mort. Température élevée; temps sec. — Presque pas de raideur cadavérique; vergetures nombreuses sur les parties déclives. Aucune trace d'épanchement dans les plèvres qui sont parfaitement saines, quelques faibles adhérences au sommet du poumon droit seulement. Les deux poumons dans leur tiers postérieur (partie qui correspond à la déclivité du cadavre) sont rouges, gorgés de sang noirâtre; la pression en fait sortir un liquide sérosanguinolent très-spumeux. Aucune trace de ramollissement du tissu pulmonaire dans leurs deux tiers antérieurs; les deux poumons sont emphysémateux. Cet emphysème est constitué uniquement par la dilatation des vésicules pulmonaires dont un grand nombre offre le volume d'un grain de chenevis, et n'est disposé en lobules emphysémateux que dans certains points; presque partout il est général, sans qu'il y ait de lobules qui se dessinent davantage par leur saillie plus grande. L'emphysème est un peu plus prononcé sur le poumon droit que sur le gauche. Du reste, on ne trouve aucune trace d'hépatisation, aucun vestige de tubercules, aucune apparence d'altération quelconque, autre que celles qui viennent d'être notées.

Les bronches sont remplies d'une grande quantité de mucosités opaques et jaunâtres qui sortent des petites bronches sous forme de gouttelettes, sans qu'on incise le tissu pulmonaire. La muqueuse qui tapisse les bronches, offre une injection d'un rouge vif général.

Cœur. — Son volume est anormal; son tissu un peu flasque; ses cavités dans un rapport naturel de dimension et d'épaisseur des parois. Les cavités droites sont distendues par un caillot fibrineux, adhérent à leur surface interne et tapissées par une couleur rouge foncée, qui paraît être due à la fois à un commencement de putréfaction et à l'imbibition du sang après la mort. Les cavités gauches remplies par une assez grande quantité de sang. Caillot moindre que dans les cavités

droites, n'offrant pas la même altération de couleur que celles-ci; les orifices sont libres et les valvules parfaitement saines. Rien au péricarde : une cuillerée ou deux de sérosité dans son intérieur. Foie volumineux, mais sain. Vésicule distendue par de la bile noirâtre, d'une consistance normale; membrane interne de la vésicule saine.

Rate d'un volume considérable, double à peu près de ce qu'il devrait être: son tissu peu foncé en couleur, offrant une résistance plutôt exagérée que diminuée.

Le *Pancréas* est sain. — *Estomac.*—La muqueuse de l'estomac, partout d'une consistance normale, offrant également son épaisseur ordinaire; elle est un peu injectée, sous forme de piqueté rouge vers son grand cul-de-sac, et principalement autour du cardia. Du côté du pylore, elle offre une légère teinte ardoisée.— *Intestin grêle.* —L'intestin grêle est rempli par une matière verte assez foncée, qui devient de plus en plus épaisse à mesure qu'on s'approche du gros intestin. Dans toute sa longeur, il offre alternativement une zône d'un rouge brun et une zône d'une blancheur normale. Ces zônes ont environ un ou deux pieds d'étendue, et les portions rouges paraissent être le résultat cadavérique, d'autant plus que la muqueuse n'offre aucune altération d'épaisseur et de consistance : cependant, vers la fin de l'intestin grêle, la rougeur devient plus vive, plus générale, et il est douteux au moins que là il n'y ait qu'une rougeur cadavérique. Dans toute l'étendue de l'intestin grêle, des veines nombreuses se dessinent sous la muqueuse. Cette injection veineuse se retrouve dans le mésentère et dans la plupart des organes abdominaux. A partir du milieu environ de l'intestin grêle, on commence à rencontrer des plaques de Peyer, plus ou moins développées, et offrant des caractères différens. Recherchées avec soin, on en compte de douze à treize jusqu'au cœcum. Elles ont de un à deux pouces de long sur quatre lignes environ de large; mais les unes, et le plus grand nombre, offrent si peu de saillie, qu'on les distingue moins par l'effet de cette saillie que par l'interruption des valvules conniventes de l'intestin à leur niveau. Elles ne présentent du reste aucune altération de couleur. D'autres offrent une saillie notable, mais sans altération de couleur. Leur surface est comme mamelonnée, légèrement gonflée. Leur nombre tient le milieu entre les précédentes et les suivantes. Enfin quatre de ces plaques sont plus saillantes, encore gonflées comme les précédentes à leur surface et d'un rouge vif. Quant à leur disposition, elles ne sont pas, comme on pourrait le croire, de plus en plus altérées à mesure qu'on se rapproche du cœcum. Ainsi, en commençant par l'extrémité la plus élevée, la seconde plaque que l'on rencontre, est une plaque rouge tuméfiée: les deux suivantes, sont à peine altérées; la quatrième, est encore rouge et tuméfiée; enfin une dernière plaque rouge existe vers le cœcum. Aucune de ces plaques n'est ulcérée. — *Gros intestin.*—Le gros intestin est sain, si on en excepte une teinte rougeâtre que l'on rencontre sur sa muqueuse, et qui paraît être un résultat de l'altération cadavérique. L'appendice vermiculaire n'offre aucune altération. Les reins sont sains. La vessie et les uretères ne sont pas examinés.

— *Crâne.* Les veines de la dure-mère sont injectées. La substance cérébrale incisée dans tous les sens, la couche optique, les tubercules quadrijumeaux, les corps striés, les cornes d'Ammon, le mésocéphale, le cervelet, les parois ventriculaires, examinés avec soin et incisés par tranches, ne présentent aucune trace d'altération, si ce n'est un peu d'injection et la présence d'une petite quantité de liquide rouge. Lorsqu'on incise la substance cérébrale, cette substance offre aussi un léger degré d'œdème.

La moelle épinière n'a pas été examinée.

Gorge. Amygdales.—Le cou étant disséqué de façon a séparer la trachée et l'œsophage des vertèbres cervicales, en commençant par la partie inférieures du cou, on arrive à une collection purulente abondante, limitée en avant par le pharynx, en arrière par la colonne vertébrale, et en dessous de l'amygdale dont il est séparé par un aponévrose et remontant jusqu'à l'apophyse basilaire et la face inférieure du rocher du temporal; le pus qu'elle renferme est épais, jaunâtre et de bonne formation. L'amygdale elle-même, du côté gauche, n'offre aucune altération; elle est peu volumineuse et pour ainsi dire astrophiée.

Entéralgie simulant la colique de plomb, chez un individu qui n'avait manié aucune préparation saturnine, guérie par les purgatifs.

Au n° 21 de la salle Saint-Louis, fut couché le nommé Lescrit, terrassier, âgé de 28 ans. Bonne constitution, peau brune, cheveux bruns, muscles développés.

Cet homme travaille habituellement toute la journée au soleil; il a eu une hémopthysie il y a trois semaines, à la suite d'une chûte qu'il fit à cette époque.

Etat actuel, 5 juillet. — Coliques très vives depuis quatre jours, précédées d'anorexie; bouche mauvaise, langue ordinaire, vomissemens, douleurs vives dans les genoux. Ce malade passa douze nuits dehors, et s'endormit dans un endroit humide.

Il se couche sur le ventre, parce que, dans cette position, il souffre beaucoup moins. Selles incomplètes et très rares; 76 battemens artériels; 16 respirations par minute. La respiration est pure dans tous ses points; il n'y a pas de fièvre. — (Limonade pour boisson; diète; un lavement purgatif.)

Le 6, même état. Le décubitus a toujours lieu sur le ventre. Pas de selles; coliques toujours vives. Il n'a plus d'envies de vomir; langue pâle et humide; 76 battemens artériels; 20 respirations par minute. (Limonade; eau de Sedlitz, une bouteille; une soupe.)

Le 7, le malade a été dix fois à la garde-robe; il se trouve beaucoup mieux; les coliques ont disparu; il n'a pas d'envies de vomir; point de mal de tête; langue naturelle; appétit; le ventre est souple et indolent; 74 battemens artériels; 20 respirations par minute. (Tisane d'orge, quart d'alimens.)

Le 8, il continue à être très bien; les douleurs de ventre n'ont point reparu.

Le 9, le malade quitte l'hôpital, en bonne santé. Le ventre est toujours souple et indolent.

Cet homme passe douze nuits dehors, et s'endort dans un lieu humide. Tout-à-coup, et sans aucune autre cause, il éprouve des douleurs atroces dans le ventre et qui ressemblent assez bien aux douleurs produites par la colique saturnine. En effet, le ventre n'était point ballonné ni douloureux à la pression, et le décubitus avait lieu sur le ventre, car dans cette position le malade souffrait moins.

En pareil cas, que fallait-il faire? quelle lésion existait-il? Il y avait plusieurs jours qu'il n'avait été à la garde-robe. Il sembla à M. Andral que les purgatifs pouvaient être utiles. En effet, ils furent administrés : le malade prit une bouteille d'eau de Sedlitz qui procura dix selles; il fut mis à la diète et il ne tarda pas à entrer en convalescence.

C'est là un de ces cas dans lesquels, en raison de l'existence des douleurs vives, on pourrait croire à l'existence d'un travail inflammatoire, et alors on poursuivrait la maladie, mais sans aucun succès, par les émissions sanguines et autres moyens anti-phlogistiques. Le succès obtenu par un autre mode de traitement, montre combien une maladie qui cède aussi facilement à des irritans du tube digestif, doit différer par sa nature d'une inflammation.

Pendant le mois qui vient de s'écouler, nous avons eu occasion d'observer dans le service de M. Andral, plusieurs malades qui n'offraient pas, comme celui dont il vient d'être question, une vive douleur abdominale, mais qui présentaient un trouble notable dans les fonctions des voies digestives, et qui furent guéris dans un court espace de temps par l'emploi des purgatifs. Sans doute on a fait un étrange abus de cette classe de médicamens; mais ce serait se priver d'un des moyens thérapeutiques les plus puissans que de s'abstenir toujours de leur emploi, et il est un certain nombre d'états morbides, ainsi qu'on peut le voir journellement dans les salles du savant professeur, qui cèdent plus facilement à ce genre de médication qu'à tout autre.

Il y a encore peu de jours qu'un jeune homme atteint d'emphysème pulmonaire, est entré à la Charité dans un état de suffocation imminente. Deux saignées lui furent pratiquées et ne le soulagèrent que médiocrement; il prit ensuite, à plusieurs reprises, deux fois deux gouttes d'huile de Croton tiglium, et immédiatement après l'administration de ces évacuans énergiques, la dyspnée diminua; les râles qui indiquaient l'obstruction des bronches, diminuèrent, puis disparurent, et le malade, délivré de son accès d'asthme, quitta l'hôpital, ne conservant plus que les phénomènes qui le lient à l'emphysème pulmonaire, réduit à son état de plus grande simplicité. C. Hamon.

SERVICE DE M. LE PROFESSEUR VELPEAU.

Phlébite. — Traitement par les frictions mercurielles.

Gobert, Marie, âgée de 24 ans, domestique, d'une constitution médiocrement forte, lymphatique, habitant depuis 4 ans Paris, où elle se porte assez mal, et où elle s'ennuie beaucoup, a éprouvé, il y a trois mois, du dérangement dans ses règles; elles coulent beaucoup moins abondamment que d'habitude; leucorrhée peu abondante dans l'intervalle. Il y a dix jours, qu'ayant eu une menstruation imparfaite, elle a été prise de tiraillemens, de coliques dans le bas-ventre; céphalalgie, anorexie; on lui a pratiqué une saignée sur la médiane basilique; la piqûre ne fut pas plus douloureuse que dans les saignées ordinaires. On lui tira peu de sang, parce qu'elle se trouva mal promptement; on pansa avec une compresse et une bande. La malade n'exprima rien de la journée; elle fit son ouvrage comme à l'ordinaire. Le lendemain, un peu de douleurs au-dessus de la saignée; la malade relâcha la bande qui la serrait trop; la plaie était fermée. Le troisième jour, douleur plus vive à la partie inférieure du bras; on lui ordonne seize sangsues qu'elle ne met pas. Il y a déjà du gonflement et de la rougeur; elle continue à travailler; elle applique des cataplasmes. Le cinquième jour, son bras est rouge, tuméfié, très-douloureux; il y a de la fièvre, de la céphalalgie, des vomissemens; cataplasmes. La malade baigne son bras dans de l'eau de guimauve. Les jours suivans, le bras est devenu plus rouge, plus douloureux, plus tuméfié. Le sixième jour, elle applique vingt-cinq sangsues sur le trajet de la veine céphalique; la tuméfaction diminue un peu, mais la rougeur et la douleur persistent. Le 7, la malade entre à la Charité. Le 8 juillet, à son entrée, la malade présente tout le bras, les deux tiers supérieurs de l'avant-bras, rouge, tuméfié, avec tension, rénitence; douleur vive à la pression, surtout à la partie antérieure et un peu externe. On trouve au côté externe, un ruban large, dur, résistant, plus rouge, semblant renfermer un cordon plus dur, irrégulier dans son trajet; ce cordon se prolonge au côté radial de l'avant-bras, jusque près du poignet; léger engorgement de la main; petite plaie dans le pli du bras, avec décollement de l'épiderme, douloureuse, avec un léger suintement purulent; pouls fréquent; langue blanchâtre, pas de nausées; un peu de céphalalgie. Compresses graduées, imbibées d'eau-de-vie camphrée; bandage compressif sur le bras et l'avant-bras; potage.

Le 9, la malade a beaucoup souffert de la compression; on l'enlève. La rougeur et la tuméfaction sont un peu moindres au bras; elles paraissent avoir gagné du côté de la main; douleur très-vive au toucher; on remet le bandage compressif.

Le 10, douleurs vives dans la nuit; fièvre avec chaleur et sueurs, pas de frissons, pas de nausées; tout le membre est tuméfié, tendu, résistant; cordon de la

céphalique large, dur, inégal, très-sensible; rougeur plus intense à l'avant-bras. Frictions matin et soir avec onguent mercuriel; compresses souvent imbibées d'eau de guimauve.

Le 11, la malade a encore bien souffert de son membre; sensation de brûlure très-vive; quelques élancemens près du poignet. Frissons hier dans la journée; pas de nausées; le pouls conserve de la fréquence; soif vive. Lavemens laxatifs; frictions mercurielles et eau de guimauve.

Le lendemain, la malade va mieux; elle a dormi; la tuméfaction est moindre; mais moins de tension; très-peu de fièvre. Les jours suivans, le mieux continue: même traitement. Plusieurs plaques plus rouges, plus douloureuses sur le trajet de la veine, menacent de s'abcéder; on ouvre un petit foyer au pli du bras; il en sort un pus rougeâtre, sanguinolent.

Le 15, la malade va assez bien; le pouls conserve un peu de fréquence; langue blanchâtre; sommeil; douleurs presque nulles; les tissus du membre se rapprochent de l'état normal; pas de rougeur; très-peu de tuméfaction; la largeur du cordon, dur au devant du bras, a diminué; il n'y a plus de douleur à la pression. Les gencives commencent à se tuméfier, sont douloureuses; légère ulcération des bords; pas de salivation. On diminue de moitié la dose du mercure en frictions.

Le 16, la salivation est assez abondante; quelques ganglions du cou sont engorgés. On cesse le mercure.

Le lendemain, on ordonne de l'alun en poudre sur les gencives; la malade s'en laisse mettre difficilement, surtout le soir. Gargarisme aluminé.

Le 19, la salivation continue, peu abondante; hier la malade n'a pas voulu d'alun en poudre; elle s'est seulement gargarisée; on sent toujours sur la partie externe du bras, un cordon assez large, dur, résistant, indolent à la pression, sans rougeur. La malade ne veut pas qu'on lui porte d'alun dans la bouche. On la renvoie.

Les accidens qui peuvent survenir à la suite de la saignée, sont assez nombreux; ils peuvent dépendre de la piqûre de l'aponévrose, d'un filet nerveux, de la malpropreté de l'instrument, d'une cause interne quelquefois inappréciable. Il peut en résulter une angioleucite, un érysipèle phlegmoneux, une phlébite qui peut avoir son siége ou dans la couche cellulaire qui entoure la veine, ou dans la membrane interne de ce vaisseau. Ce siége n'est pas indifférent, car il aura un grand poids dans le pronostic. En effet, si l'inflammation se borne au tissu cellulaire qu'entoure la veine, elle pourra s'arrêter facilement sous l'influence d'une médication active, et sa marche ne sera pas ordinairement bien rapide; dans le cas contraire d'inflammation de la membrane interne, le traitement a une action beaucoup plus indirecte; des symptômes graves peuvent se manifester promptement; la phlegmasie gagne bientôt les gros vaisseaux; il y a transport de pus dans le torrent de la circulation, et des foyers purulens se forment dans les viscères de l'économie. Ici, ce n'est pas une angioleucite, car il y aurait des stries rouges, ondulenses en zig-zags; quelques plaques rouges disséminées; il n'y aurait pas de cordon dur, saillant, aussi large, et ce cordon est placé sur le trajet de la veine céphalique; les ganglions de l'aisselle seraient engorgés et douloureux, tandis qu'il n'y en a aucune trace. Ce n'est pas un érysipèle phlegmoneux, car le gonflement et la rougeur partiraient de la piqûre pour s'étendre de là plus ou moins loin, également dans toutes les directions; il y aurait des élancemens; la fluctuation existerait déjà avec suppuration considérable. C'est une phlébite; il y a eu suppuration de la plaie, qui bientôt a amené des accidens généraux; perte d'appétit; céphalalgie, nausées, vomissemens; langue limoneuse; fréquence du pouls. La phlébite n'est pas interne, car il n'y a pas de signes d'empoisonnement du sang par le pus résorbé; dans ce cas, de graves accidens se seraient déclarés, et la mort serait arrivée promptement; mais on trouve un cordon large, douloureux, saillant, dur sur le trajet de la veine; l'inflammation part de là pour s'étendre au tissu cellulaire environnant, et la rougeur semble diminuer d'intensité à mesure qu'elle s'éloigne de ce point; c'est donc une phlébite externe. Cette phlébite peut se compliquer d'angioleucite, d'érysipèle phlegmoneux, de phlébite interne; aussi le pronostic doit-il être grave.

On a employé contre la phlébite les émissions sanguines, la compression, les frictions mercurielles qu'on a conseillées dans presque toutes les inflammations. Ici, ces trois moyens ont été mis en usage. On a eu recours à la compression pendant deux jours; mais l'inflammation se maintenait, on craignait qu'il n'y eût des foyers déformés: quant aux émissions sanguines, il faut employer de préférence les sangsues en grand nombre, de peur que par la saignée les autres veines ne soient prises d'inflammation. On a proposé aussi des scarrifications nombreuses sur le trajet de la veine; elles ont paru utiles dans quelques cas. Les vésicatoires volans ont aussi été mis en usage; enfin, les frictions avec l'onguent mercuriel, qui ici, ont eu une action dont on ne peut méconnaître l'heureux résultat.

U. Lacombe.

De la mauvaise haleine guérie par le sulfate d'alumine; par M. A. Cavarra, docteur en médecine et en philosophie de l'Université de Palerme.

Dans le courant de l'année 1836, je prescrivis six grains de calomélas à une dame qui se trouvait horriblement constipée par l'usage répété d'une substance stiptique. Ces six grains de protoxide de mercure produisirent chez la malade une salivation des plus abondantes, que je fus bientôt obligé de combattre. J'ordonnai en effet, pour cette maladie, des pastilles de soufre, des gargarismes de lait, et tous les remèdes qui sont généralement employés contre la salivation. Je fis suivre le traitement pendant huit jours, mais la salivation ne diminua point pour cela; au contraire, je suis

convaincu que le malade eût salivé encore long-temps si je ne lui eusse point administré un gargarisme de sulfate d'alumine, que dans de semblables cas j'avais vu employer avec succès par le docteur Velpeau, dans son service à la Charité. La malade guérit ; mais qu'elle fut ma surprise, lorsque je vis qu'elle était guérie aussi d'une mauvaise haleine, telle qu'on ne pouvait tenir dans la chambre qu'elle occupait. Je pensai d'abord que le résultat pouvait provenir de la sécrétion continuelle de la salive ou de l'espèce de lavage continu que ce liquide aurait pu opérer dans la bouche. Ainsi, pour vérifier ma conjecture, je me proposai de traiter le premier cas venu de mauvaise haleine, par le gargarisme d'alumine tout seul, afin de m'assurer de son effet. L'occasion ne tarda pas à s'offrir : une jeune personne affectée de mauvaise haleine, vint se soumettre à mon traitement. Au bout de quinze jours d'emploi du gargarisme d'alumine, je vis, à ma grande satisfaction, la malade complètement guérie. Il était donc évident que chez la première malade, la guérison n'avait pas été obtenue par la salivation ou par le lavage continu, mais bien par le sulfate d'alumine.

Cette substane peut donc être regardée comme possédant une vertu spéciale dans les cas de mauvaise haleine. J'en ai acquis, en effet, une nouvelle preuve à quelque temps de là.

Une jeune dame vint réclamer mes soins pour une maladie de poitrine ; je la soignai et je fus assez heureux pour la guérir. L'ayant engagée à faire usage d'un gargarisme de sulfate d'alumine pour conserver ses gencives, elle se trouva délivrée très-promptement d'une haleine insupportable.

Depuis lors, je suis fondé à regarder le gargarisme de sulfate d'alumine comme un remède puissant dans les cas de mauvaise haleine.

Je ne crois pas néanmoins qu'il faille pour cela renoncer à l'action du chlore et du nitrate d'argent, car le chlore et le nitrate d'argent détruisent en cautérisant, comme le sulfate d'alumine, les pustules qui tapissent la muqueuse de la bouche et de l'arrière-bouche, desquelles émanent certaines exhalations qui corrompent l'expiration et forment la mauvaise haleine.

Certes, je ne prétends pas guérir une mauvaise haleine qui a son siége dans les fonctions digestives ; j'engage seulement les confrères, d'après les faits énoncés, à vouloir traiter par un gargarisme de sulfate d'alumine, toutes les mauvaises haleines qui ont leur siége dans la cavité antéro-postérieure de la bouche, et qui résistent au chlore et au nitrate d'argent.

On peut du reste se servir du gargarisme alumineux sans aucune crainte ; car d'après l'usage qu'on en fait dans les hôpitaux, l'on sait qu'il n'est nullement dangereux, et qu'au contraire, selon ce que j'ai rapporté, il est évidemment bienfaisant.

J'ai cru de mon devoir de publier les heureux effets du gargarisme d'alumine, afin que l'on puisse profiter de ses bienfaits.

La proportion de la solution est la suivante :

Prenez :	Sulfate d'alumine.	℥ ij
	Eau.	℥ iv.

Mêlez.

On peut doubler la dose du sulfate d'alumine.

Je fais gargariser le matin et le soir, seulement, en se levant et en se couchant.

Ce gargarisme a une saveur un peu désagréable, mais de peu de durée.

JOURNAL DES CONNAISSANCES

MEDICO-CHIRURGICALES.

JUILLET ET AOUT 1836.

Des rapports de l'angine laryngée œdémateuse avec la phthisie laryngée.

Notre but, dans ce travail, est de prouver que l'angine laryngée œdémateuse ne diffère presque jamais (1), *quant à sa nature*, de l'angine inflammatoire décrite par les auteurs, et dont Boërhaave nous a laissé un tableau si fidèle et si énergique dans les aphorismes suivans, que nous croyons devoir reproduire textuellement ici :

§ 801. « Si sola laborat pulmonalis fistula, illæsis aliis, in interna membrana sua musculosa, tum oritur ibi tumor, calor, dolor, febris acuta calida, cæterum externa signa nulla ; vox acuta, clangosa, sibilans ; inspiratio acutè dolens; respiratio parva, frequens, erecta cum summo molimine ; hinc circulatio sanguinis per pulmones difficilis ; pulsus mirè et citò vacillans ; angustiæ summæ ; cita mors. Estque hæc una ex iis, quæ funestissimæ, nec externa dant signa : quò verò propiùs glottidi et epiglottidi malum, eò sanè magis lethale. »

§ 802. « Si larynx imprimis acutè inflammatur ; et sedem habuerit malum in musculo albo glottidis et simul in carnosis ei claudendæ inservientibus, oritur dirissima, subitò strangulans angina. Signa ut priora (801), dolor in elevatione laryngis ad deglutitionem ingens, auctus inter loquendum atque vociferandum ; vox acutissima, stridula ; citissima cum summis angustiis mors. Estque hæc, sinè signis externis, omnium pessima. »

Bayle est le premier qui ait tracé l'histoire de la grave maladie qui nous occupe. Bichat (*Anat. descrip.*, tom II, pag. 404, édit. de 1823) avait parlé, comme d'un fait connu des médecins, de l'infiltration à laquelle sont sujets les ligamens arythéno-épiglottiques; voulait-il parler des observations rapportées par Morgagni? Nous l'ignorons ; mais nous avouons ne pas connaître d'autre recueil antérieur à Bichat, où il en soit fait une mention spéciale.

Bayle donc, lut à la Société de médecine de Paris, le 18 août 1808, un mémoire sur une maladie à laquelle il imposa le nom d'œdème de la glotte (1) et qu'il regardait comme différant essentiellement de l'angine laryngée inflammatoire.

En 1815, un élève de la Faculté de Paris, M. Thuilier, soutint la même opinion dans sa thèse inaugurale ; et, dès lors, l'œdème de la glotte eut droit de cité, comme maladie spéciale, dans le cadre nosologique.

Ce ne fut qu'en 1825, que M. Bouillaud osa contredire l'opinion de Bayle et de M. Thuilier (2) ; et, depuis cette époque, aucune monographie remarquable n'ayant été publiée sur ce sujet, la question est restée indécise, balancée entre quelques observations isolées qui prouvaient, suivant leurs auteurs, tantôt pour l'ancienne manière de voir, tantôt pour la nouvelle.

Nous croyons donc qu'il ne sera pas sans intérêt de discuter aujourd'hui les *deux* opinions émises. Plus riches que nos devanciers de tous les faits publiés depuis leurs travaux, et, peut-être, mieux placés qu'eux pour observer les maladies qui se rattachent aux premières voies de la respiration, nous espérons être assez heureux pour jeter quelque jour sur la question en litige.

Morgagni, cité par Bayle et par M. Bouillaud, parle évidemment, dans sa lettre quatrième, d'altérations du larynx qui se rapportent à l'angine laryngée œdémateuse.

Nous ne parlons pas du charcutier dont il est question lettre IV°, art. 24 ; de toute évidence, la maladie de cet homme se rapporte à l'angine aqueuse ou catarrhale ténue dont parle Boërhaave (*Aphor.* 791), et

---

(1) Nous disons presque jamais, parce que dans les exemples assez nombreux de maladies du larynx que nous avons vus ou que nous avons lus dans les auteurs, nous n'en avons trouvé qu'un seul qui pût être incontestablement regardé comme appartenant à l'angine laryngée œdémateuse de Bayle.

Le voici : Une petite fille de huit ans, que nous voyions en consultation avec M. le docteur Henry, avait eu la scarlatine ; huit jours après la terminaison de l'exanthème, elle fut prise d'une anasarque générale ; la face, les lèvres et la bouche s'infiltrèrent, et, bientôt après, apparurent tous les symptômes d'une angine œdémateuse. Les laxatifs et les diurétiques furent employés vigoureusement ; la diaphorèse s'établit ; les urines coulèrent en abondance ; l'anasarque disparut et avec elle tous les symptômes de suffocation.

(1) Notons ici, en passant, que la dénomination d'œdème de la glotte est tout à fait impropre, non pour les raisons qu'a données M. Ollivier des Brulais, dans sa Thèse inaugurale, soutenue à la Faculté de médecine de Paris, le 11 avril 1835, mais parce que *la glotte est une ouverture* et qu'elle ne peut en conséquence s'œdématier ; il faudrait dire *œdème des parois de la glotte*. Nous nous servirons dans la suite de l'expression angine laryngée œdémateuse.

(2) Le mémoire de M. Bouillaud a été publié dans les *Archives générales de médecine*, tom. VII, troisième année, février 1825.

nous sommes surpris que, ni M. Bouillaud, ni Bayle, n'aient fait cette remarque (1).

Quant au cultivateur de l'art. 26, lettre IVe, voyons ce que dit Morgagni des altérations que révéla l'examen de sa gorge après sa mort :

« Ore autem denique aperto, primum in conspectum » venit tumor, nuci juglandi fermè par, qui dexteram » palati partem quâ molaris dens erat plurimum vitia- » tus, et exesus, cum continente gingiva occupabat, » et pure, ex parte cocto turgebat. Porro membrana » quâ uvula et contiguæ partes, atque exterior larynx » ad extremum usque epiglottidis apicem conteguntur, » cum in summo livida erat, tum concisa, innumeras » quasi cellulas sub se ostendit, quarum tenues, et » subrubri parietes quædam, ut sic dicam, *gelatina* » cellulas complente, distendebantur. Quæ his cellulis » suberant, eo quidem sana apparebant; at interior ta- » men laryngis facies subrubro colore propè glottidem » infecta erat, ipsaque glottidis latera, quæ utroquin » albicabant, ut solent, *multo magis quam soleant con-* » *nivebant.* »

Comment est-il possible que Bayle n'ait pas aperçu qu'ici la tumeur suppurée de la bouche était le point de départ de tous les accidens? Comment n'a-t-il pas reconnu par la couleur livide de l'épiglotte, par l'injection sanguine de la muqueuse laryngée les caractères d'une inflammation de ces parties? Si quelque chose nous étonne, c'est que M. Bouillaud, en combattant Bayle, ne se soit pas servi de l'arme que celui-ci lui avait mise dans les mains, en citant cette observation.

La lettre XXIIe de Morgagni, art. 24, à laquelle renvoie Bayle, n'a aucun rapport avec la lésion dont nous nous occupons actuellement. Il y est question d'un médecin qui, présentant tous les signes rationnels de la phthisie trachéale, rendit en crachant, quelque temps avant de mourir, un morceau de fibro-cartilage, paraissant appartenir à la trachée.

L'autopsie ne fut pas faite. Il faut donc qu'il y ait eu erreur de Bayle dans cette citation, car il était assez riche de son propre fonds pour ne pas simuler de l'érudition en faisant des citations fausses ou hasardées.

Quand on lit avec attention le mémoire de cet auteur, d'ailleurs si judicieux, tel qu'il l'a reproduit dans le *Dictionnaire des sciences médicales*, tom. XVIII, pag. 505, on est frappé des nombreuses contradictions qui s'y trouvent.

Ainsi, nous lisons, pag. 506 :

« L'angine laryngée œdémateuse ne peut pas être » confondue avec l'angine laryngée inflammatoire, si » bien décrite par Boërhaave (§ 801). La violence de » la fièvre dans cette dernière maladie, son absence dans » l'œdème de la glotte suffisent pour distinguer ces deux » affections, dont la marche est d'ailleurs très-diffé- » rente. »

Et, page 507, après avoir dit que l'angine laryngée œdémateuse est primitive ou consécutive, il ajoute :

« Quand cette angine est primitive, elle paraît te- » nir à une affection catarrhale ou inflammatoire du » larynx, etc. »

Et plus bas, en traitant des causes de l'angine laryngée œdémateuse, on lit :

« Ce sont (les causes) toutes celles des maladies in- » flammatoires et catarrhales, agissant chez un indi- » vidu prédisposé à une *irritation* du larynx. Mais, » quelle est cette dernière prédisposition? en quoi dif- » fère-t-elle de celle qui produit l'angine laryngée in- » flammatoire? etc. Je l'ignore, etc. »

Ainsi, voilà donc une angine non inflammatoire qui paraît tenir à une affection catarrhale ou inflammatoire et produite par toutes les causes susceptibles d'occasionner les inflammations.

Et pourquoi cette maladie doit elle être séparée de l'angine inflammatoire de Boërhaave? Parce que, dans celle-ci, il y a toujours de la fièvre; tandis que celle-là « n'en est pas *ordinairement* accompagnée » (pag. 105).

La fièvre, cette réaction générale de l'organisme contre les agens de trouble, ne dépend-elle donc pas, quand elle est consécutive, de la gravité de la lésion locale qui y donne lieu, et, en même temps, de la disposition actuelle du sujet? Quand cette lésion locale sera faible, ou que l'individu qui en sera atteint portera une constitution débile, ou qu'il aura été épuisé par de longues et pénibles maladies, cette réaction ne

---

(1) Voici les passages de Morgagni, qui mettent hors de doute notre opinion à ce sujet :

« Salsamentarius, cujus taberna erat Venetiis contra portam armentarii publici, consistente ætate, bono habitu, et subpingui; ex quo aliquot ante mensibus ægrotaverat, non amplius ita hilaris, ut olim fuit, nec tamen de incommodo questus est uno quod ad caput attineret, ad quod neque illæ attinuerant ægrotationes.

« Huic pridie nonas sextiles anni 1708, nulla prævia evidenti causa, nisi forte ex cibo, in quo vel extremis vitæ diebus deliquit, *valde intumuit bucca sinistra tumora inde se extendente infra mentum atque auriculam.* Neque eo minus in taberna fuit sua, aut ea quæ facere et comedere solebat omisit. Sed postridie nonas vix è lecto, *in quo noctem bene dormierat,* surrexit, seque induit, cum repente magno, et vehementi cum impetu per cubiculum bis terve ambulavit, statim que consedit, atque ut se haberet interrogatus, heu, heu, heu, respondit, *ilique illicò mortuus est.* »

Certes, ce n'est pas là la marche, ce ne sont pas là les symptômes qu'on s'accorde à attribuer à l'angine laryngée œdémateuse; voyons quelles altérations nous révélera l'autopsie.

Après avoir décrit l'état de la poitrine et du ventre, Morgagni ajoute :

« Antequam cranium secaretur, quæ natura esset et quæ penitiores tumoris illius sedes, cujus exteriores descripsi, quæsitum est. Parotis glandula ipsa erat integra : *membranæ tantum quæ hanc et proximas integebant partes, præsertim vero adiposæ, stagnante in iis sero turgebant.* Sanguis vero et ipse stagnans, imo, ut vitebatur, quasi effusus, posteriora pharyngis, aliasque interiores colli partes maculaverat.

« . . . . . Conspectæ igitur sunt membranæ, *quæ linguæ radicem, tonsillas et exteriorem undique laryngem convestiunt.* Lento, subflavo sero plurimum turgidæ sic tamen, ut tonsillæ ipsæ, et canalium quos memoravimus *interiora* secundum naturam se haberent, etc. »

participera-t-elle pas de la faiblesse du sujet ou du peu d'importance de la lésion ?

Personne, je crois, ne répondra négativement à ces questions. Et cependant, c'est ce qu'on ferait en admettant que les deux angines que nous comparons ne sont pas de même nature, par cela seul que l'une est avec fièvre et que l'autre manque ordinairement ce ce symptôme.

Dans le passage que nous avons cité plus haut, Bayle se demande en quoi cette disposition à l'angine laryngée œdémateuse diffère de celle à l'angine inflammatoire ; mais il a soin de nous le dire lui-même, ainsi que M. Thuilier : C'est que tous les sujets chez lesquels ces deux médecins ont observé la maladie « étaient des per- » sonnes affaiblies par des maladies antérieures. » Et, par conséquent, chez lesquels la réaction fébrile devait être faible ou nulle.

Quant à la couleur blanche des ligamens aryténo-épiglottiques, remarquée chez les sujets ouverts par Bayle et M. Thuilier, elle s'explique suffisamment par les réflexions suivantes :

1° Ces ligamens étaient *infiltrés* de pus ou de matière séro-purulente ; il n'est donc pas étonnant que la couleur de la membrane muqueuse ait été celle des liquides qu'elle recouvrait. D'ailleurs, on ne connaît guère, que nous sachions, d'exemples de pus *formé* sans inflammation préalable. Et cet argument de la couleur blanche des parties qui sont le siége de l'infiltration, serait, dans ce cas, totalement en faveur de ceux qui regardent l'angine laryngée œdémateuse comme de nature inflammatoire.

Au reste, il n'est pas très-rare, comme on sait, de voir co-exister la pâleur et la suppuration dans les parties pourvues d'un tissu cellulaire lâche et lamelleux.

Ce phénomène s'observe assez souvent dans les paupières à la suite des érysipèles ; lorsque, après la cessation de toute action vitale, le sang qui n'est pas combiné avec les tissus rentre dans les voies de la circulation par le seul fait de sa pesanteur.

2° Cette coloration blanche n'est pas constante ; et quand le malade est mort promptement, et surtout que sa maladie l'a saisi au moment où il jouissait d'une santé intacte, ou que, comme le malade de la deuxième observation de M. Bouillaud, il était en proie à une maladie inflammatoire (érysipèle de la face), les parties ont été souvent trouvées rouges et enflammées.

3° Enfin, quand les ligamens de l'épiglotte, gonflés, seraient trouvés blancs, sans contenir de pus dans le tissu cellulaire qui unit leurs deux lames muqueuses, cela ne devrait pas plus surprendre que de voir, comme il arrive souvent, la conjonctive pâle ou jaune chez des individus morts pendant le cours d'un chémosis, le pharynx pâle ou jaune chez des sujets morts en proie à une angine pharyngienne, ou la face décolorée sur les cadavres d'iuvidus qui ont succombé à un érysipèle intense de cette partie.

En vain arguera-t-on du caractère spécial de l'inspiration et de l'altération de la voix : dans l'angine inflammatoire la voix est altérée comme dans l'angine œdémateuse ; et, quant à l'inspiration, elle sera plus gênée si la tumeur occupe les ligamens aryténo-épiglottiques, et si cette tumeur, étant molle, peut être entraînée dans le larynx par l'air inspiré, que quand elle occupera la partie inférieure du larynx ; dans ce cas, l'expiration pourra être plus difficile que l'inspiration, et on ne pourra pas dire pour cela que la *nature* de la maladie a varié avec le lieu sur lequel elle est fixée.

Ces considérations seront, nous le croyons, suffisantes pour faire partager au lecteur notre opinion sur la nature inflammatoire de l'angine laryngée œdémateuse primitive de Bayle. Nous allons maintenant passer à l'examen de l'angine laryngée consécutive que cet auteur n'a fait qu'indiquer, et qui, par sa fréquence et sa gravité, l'emporte de beaucoup sur la première.

Lorsqu'une partie du corps est le siége d'une plaie ou d'un ulcère, les environs de la perte de substance ne tardent pas à s'infiltrer de liquides, à s'engorger et à former alentour une tumeur variable par son volume, par sa sensibilité et par sa couleur, suivant le lieu où elle est placée, suivant la constitution du sujet, et souvent aussi, suivant la nature de la lésion qui y donne lieu. On donne alors à cette tumeur le nom d'engorgement inflammatoire, non parce que le lieu qu'il occupe est enflammé, mais parce que l'engorgement est provoqué par l'inflammation d'un lieu voisin. Tant que cet engorgement occupe des parties peu essentielles à la conservation de l'individu, on y fait peu d'attention, parce qu'on sait qu'il est un effet naturel de l'inflammation par laquelle l'organisme travaille à réparer le mal, et qu'il disparaîtra avec la perte de substance. Celle-ci, dans ce cas, reste donc toujours l'affection principale, et c'est à la guérir que doivent tendre tous les efforts du médecin.

Aussi, l'homme de l'art s'assurera toujours de la nature de la lésion, et, sans s'occuper de l'engorgement consécutif, il opposera un traitement approprié et variable suivant qu'il aura affaire à une plaie, à un ulcère simple, dartreux, scrophuleux, syphilitique, etc.

Mais quand l'engorgement aura lieu sur une partie où sa présence peut donner lieu aux accidens les plus graves ; quand un chancre, en causant l'infiltration du prépuce, aura occasionné un phimosis ou un paraphimosis, quand une éraillure de la conjonctive oculaire aura donné lieu à un chémosis qui menace d'abolir la vision ; qu'une lésion, traumatique ou non, aura infiltré les bords supérieurs du larynx ou le tissu cellulaire sous-jacent à la membrane muqueuse qui tapisse sa cavité, l'engorgement alors devient momentanément l'affection principale, parce que sa présence causerait des accidens plus graves que la maladie primitive elle-même ; et c'est contre cet engorgement que doivent être dirigés tous les moyens thérapeutiques.

Dans ce peu de mots est contenue l'histoire de l'angine œdémateuse consécutive. Nous croyons que c'est faute d'avoir poussé assez loins leur réflexions sur cette seconde espèce d'angine, que Bayle a soutenu qu'elle n'est pas de nature inflammatoire, et M. Bouillaud, qu'elle l'est toujours.

Expliquons notre pensée :

Quand une ulcération existe dans le larynx, sur l'épiglotte ou ses ligamens latéraux, l'inflammation peut bien se propager assez loin au pourtour de l'ulcération, pour provoquer un afflux considérable de sang et produire ainsi dans ces ligamens une véritable tumeur inflammatoire, et c'est en effet ce que nous voyons arriver chez la malade citée dans la première observation du mémoire de M. Bouillaud (1).

Mais aussi, il peut arriver, et ce cas est le plus fréquent, que la tuméfaction du tissu cellulaire qui revêt l'extrémité supérieure des voies aériennes ne soit que le résultat de l'infiltration du pourtour de la plaie. Dans ce dernier cas, l'angine, pour être véritablement séreuse, devra-t-elle être considérée comme indépendante de toute inflammation? Nous ne le pensons pas, car s'il n'eût pas existé d'inflammation préalable, l'infiltration n'aurait pas eu lieu.

Le chien dont parle Bichat (2) était atteint d'une angine aiguë, s'il en fut jamais : un corps étranger traversait son épiglotte et la tiraillait fortement; cependant l'infiltration des parties voisines était due à de la sérosité.

Les observations suivantes pourront jeter, nous l'espérons, quelque jour sur ce point de la science; nous les rapporterons donc avec quelques détails.

Ire Observation, *extraite sommairement de la Thèse soutenue le* 11 *avril* 1835; par M. Ollivier des Brulais.

Un capitaine au cabotage, âgé de quarante-cinq ans, de tempérament lymphatique, avait subi autrefois un traitement mercuriel fort long, et l'opération de l'hydrocèle aux deux testicules. Il eut, en septembre 1832, un abcès au fond de la bouche. Depuis cette époque, douleurs habituelle au-dessus du sternum et dans le larynx; voix enrouée.

Il part de Bordeaux, pour Nantes, sur son navire, le 20 mars 1833, et, quand il arriva dans cette dernière ville, sa douleur de gorge était sensiblement accrue.

Le 26 mars on commence un traitement antiphlogistique, qui n'empêche pas les accidens de marcher.

Le 29, les accidens sont aggravés au point qu'on se voit forcé de pratiquer la laryngotomie dans la soirée : un *tuyau de plume* est laissé dans la plaie pour permettre à l'air de pénétrer dans la poitrine.

Le mieux, qui fut immédiat, se soutint pendant trois jours; mais le quatrième, le malade succomba avec tous les symptômes de l'asphyxie.

L'autopsie, faite dix-huit heures après la mort, fit voir dans le larynx et ses annexes les désordres suivans :

« Corps thyroïde sain; muqueuse au-dessus de l'épi-
» glotte, blafarde, sans fausse membrane; os hyoïde
» sain; épiglotte pâle, un peu épaissie; muqueuse et
» glande épiglottiques à l'état naturel; ligamens épi-
» glotti-aryténoïdiens gonflés, *blancs, infiltrés par une*
» *substance gélatiniforme, transparente, tremblante,*
» *où l'on ne distingue ni infiltration purulente, ni*
» *stries vasculaires.* Cet œdème très-volumineux à gau-
» che, l'est moins à droite; il donne au ligament gauche
» une apparence fusiforme; ligamens supérieurs de la
» glotte (cordes vocales supérieures) blancs, volumi-
» neux, d'un tissu qui ressemblerait à celui des liga-
» mens épiglotti-aryténoïdiens, s'il n'était plus ferme;
» ventricule du larynx, perdu sous le développement
» des ligamens inférieurs de la glotte (cordes vocales
» inférieures) : ceux-ci, blancs, durs, criant sous le
» scalpel, sont rapprochés l'un contre l'autre, surtout
» en avant et en arrière; *leur tissu peut être comparé*
» *à celui des testicules du sujet.* La muqueuse qui
» recouvre ces divers organes est blanche, épaissie.
» L'altération porte sur le tissu cellulaire sous-mu-
» queux, qui est hypertrophié. Les cartilages aryténoï-
» des sont sains, mais environnés d'un tissu blanc, dur,
» où vient aussi se cacher le bord supérieur du chaton
» du cricoïde, carié comme nous l'allons dire. La syno-
» viale crico-aryténoïdienne gauche a encore son as-
» pect naturel; mais celle de la droite est noire. Le
» cartilage thyroïde, la membrane crico-thyroïdienne,
» percée seulement par l'ouverture artificielle (résultat
» de la laryngotomie) et l'anneau du cartilage cricoïde
» n'offrent aucune altération, tandis que toute la par-
» tie gauche de la face antérieure du chaton de ce-
» lui-ci est rongée par une carie noire, fétide; la mu-
» queuse y est détruite, la face postérieure, réduite à
» une mince lamine, et déjectée en arrière, est encore
» couverte par les muscles. Les muscles crico-thyroï-
» diens sont à l'état normal. Les muscles crico-aryté-
» noïdiens postérieurs et latéraux ne paraissent pas al-
» térés dans leur tissu : mais leur face adhérente est
» noircie, et ils sont déjetés par la forme anormale du
» chaton. Les muscles thyro-aryténoïdiens ne se re-
» trouvent plus au milieu de la dégénérescence homo-
» gène de leur corde vocale. Le muscle aryténoïdien est
» reconnaissable, mais très-pâle. Tout le reste du larynx

(1) Cette observation a rapport à une femme de trente-quatre ans, qui mourut par asphyxie au septième jour d'une inflammation aiguë du pharynx et du larynx, et chez laquelle la membrane muqueuse du pharynx et celle du larynx présentaient, à l'autopsie, une rougeur vive et une belle injection. Cette rougeur s'arrêtait brusquement vers l'œsophage, mais se prolongeait dans la trachée-artère. Dans le larynx, du côté gauche, existait une ulcération à fond grisâtre, à bords rouges et relevés, et tout à fait semblable à un chancre. L'épiglotte enflammée était épaisse de plus de trois lignes; il en était de même de ses ligamens. Le tissu cellulaire environnant était épaissi, infiltré et engorgé, en sorte que la glotte avait moins l'apparence d'une fente que d'un véritable trou.

(2) (*Anat. descrip.*, tome II, page 404). Bichat avait passé une ficelle dans l'épiglotte et avait tiré par ce moyen toute la partie supérieure du larynx à travers une plaie faite au devant du cou. Le lendemain il trouva l'animal mort; les ligamens aryténo-épiglottiques étaient le siége d'une *infiltration séreuse :* c'est à cette infiltration que Bichat attribue la mort.

» n'offre de remarquable que l'aspect décoloré de la » muqueuse. La laryngotomie touche précisément au- » dessous des cordes vocales. »

Certes, personne ne pensera à nier que les désordres profonds, la carie, la dégénérescence squirrheuse aient précédé de beaucoup la formation de l'angine œdémateuse qui a été la cause immédiate de la mort du malade. Ces désordres n'ont pu avoir lieu sans déterminer dans les parties voisines une irritation considérable; l'œdème des ligamens aryténo-épiglottiques a été manifestement *la suite* de cette irritation, et cependant ils ont été trouvés « *blancs, infiltrés par une substance* » *gélatiniforme, transparente, tremblante, où l'on ne* » *distinguait ni infiltration purulente ni stries vascu-* » *laires.* »

Les trois autres observations suivantes, dont l'une est extraite du Mémoire de Bayle sur l'œdème de la glotte, et dont les deux autres sont prises dans notre propre pratique, nous montrent d'une manière si manifeste, si palpable, des lésions analogues donnant lieu aux mêmes effets, qu'il nous suffit de les rapporter sans réflexions aucunes.

IIe Observation. *rapportée par* Bayle *dans son Mémoire sur l'angine laryngée œdémateuse, sous le n°* 6 (18 avril 1808).

Cette observation est relative à un malade qui mourut d'une angine laryngée œdémateuse, *dont la marche fut très-lente;* et chez lequel on put constater, outre des tubercules pulmonaires, la plupart suppurés, des désordres qui se rapportent évidemment à la phthisie laryngée : outre l'*infiltration ordinaire des bords de la glotte*, on trouva « à la partie postérieure de chaque » ventricule du larynx un ulcère assez profond, et dont » le fond avait une couleur noirâtre assez semblable à » celle des os nécrosés. Celui du côté gauche aurait pu » contenir un petit pois et avait détruit une portion de » la corde vocale supérieure, presque toute la base du » cartilage aryténoïde et une partie de la surface ar- » ticulaire du cricoïde.

« L'ulcère du côté droit avait la même direction; » mais il n'était pas plus large qu'une lentille; il n'a- » vait que peu entamé la corde vocale supérieure et l'ar- » ticulation crico-aryténoïdienne. Ces deux ulcères » étaient secs, ou du moins, on n'y apercevait pas sen- » siblement du pus.

« Rien de remarquable dans le cerveau. »

IIIe Observation. — *Angine laryngée chronique. — Suffocation imminente. — Trachéotomie. — Mort pendant l'opération. — Ulcération du larynx, œdème et induration des lèvres de la glotte. — Tubercules non-ramollis dans les poumons.*

Un homme de cinquante-deux ans, portier, grand, maigre, bien constitué du reste, et ne portant aucun des signes rationnels de la phthisie pulmonaire, entra à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Bernard, dans le courant du mois de novembre 1834. Il se plaint que depuis treize mois, sa voix s'altère graduellement; depuis six semaines surtout, après avoir été de plus en plus rauque, elle s'est presque entièrement éteinte. La respiration est devenue difficile; les inspirations sont laborieuses et sifflantes; l'expiration exige des efforts diaphragmatiques. Bientôt orthopnée incessante, réveils en sursaut, déglutition pénible, puis successivement, dysphagie, portées à ce point que le malade ne peut plus se coucher et n'avale que très-douloureusement quelques gouttes de bouillon.

Le doigt porté jusque sur l'ouverture supérieure du larynx, y perçoit un gonflement énorme. Extérieurement, la pression de la région hyoïdienne est douloureuse : le malade tousse sans cracher. La percussion et le sthétoscope n'indiquent aucune lésion pulmonaire.

Cet homme ayant eu autrefois la vérole, un traitement anti-syphilitique est prescrit. Pendant son administration, les accidens semblent un peu reculer; mais bientôt ils reparaissent avec imminence d'asphyxie tellement prochaine, que la trachéotomie reste comme dernière ressource au malade.

Dès que ce malheureux en est instruit, il nous conjure de ne plus temporiser, « qu'il va mourir suffoqué, si on ne se hâte de le faire respirer. » Cédant à un vœu aussi énergiquement exprimé, ainsi qu'à l'urgence de l'indication, nous disposons tout pour l'opération. Le malade vient courageusement s'asseoir sur un fauteuil, entouré d'un grand nombre d'élèves.

A peine le bistouri a-t-il divisé la peau, et avant qu'une seule goutte de sang soit répandue, le malade éprouve une syncope, quelques mouvemens convulsifs. Il revient à lui au bout de deux minutes : on continue l'opération. Nouvelle syncope, nouvelles convulsions; les mouvemens respiratoires semblent éteints. Le malade est de suite porté sur un lit où on se hâte d'ouvrir la trachée. La syncope persiste. Le sang des veines thyroïdiennes coule en bavant dans les voies aériennes qui s'en remplissent sans qu'aucun effort expirateur, autre que les spasmes dissonans de l'agonie essaie de les en débarrasser. On place le corps sur le côté pour favoriser la régurgitation; on aspire le sang à l'aide d'une sonde.... Le malade était mort.

A l'autopsie, l'épiglotte est trouvée très-tuméfiée; les lèvres de la glotte sont le siége de nombreuses et profondes ulcérations et d'un gonflement œdémateux et squirrheux très-considérable : l'ouverture qu'elles circonscrivent n'existe presque plus. Cette tuméfaction, qui s'étend aux tissus voisins, diminue d'une manière très-notable la partie inférieure du pharynx et supérieure de l'œsophage. Quelques tubercules non-ramollis sont disséminés dans les deux poumons.

Certainement l'opération eût dû être ajournée, et réitérée dans des conditions physiques et morales moins désavantageuses. Les fastes de l'art n'offrent que trop d'exemples de ces individus démoralisés, que la vue seule du fer chirurgical jette dans des syncopes profondes, ou qui ont succombé pendant une opération, sans qu'on puisse en accuser ni l'hémorrhagie, ni l'excès de

la douleur, ni la lésion des parties essentielles. De tels êtres, chez lesquels la vie ne tient pas, doivent être pour le chirurgien des espèces de *noli me tangere*. Malheureusement il est presque impossible de les reconnaître *à priori*. Mais lorsque la première épreuve les dénonce, les règles de l'art et de la prudence font un précepte de suspendre toute nouvelle tentative tant que le malade se trouve sous le coup de cette insidieuse fatalité.

L'état de faim et d'inanition dans lequel languissait depuis quelques jours cet individu, bien portant du reste, à cause de l'extrême difficulté de la déglutition, a sans doute chez lui favorisé puisamment la tendance lipothymique. Une pareille syncope eût peut-être été sans gravité dans le cours de toute autre opération, tandis qu'ici, la circonstance de l'écoulement d'un peu de sang dans la trachée ajoutait une cause de mort d'autant plus puissante, que par le fait de la lipothymie, la vie était directement menacée. Il n'a rien moins fallu qu'un tel collapsus pour que cette pénétration du sang dans les bronches ne déterminât pas d'efforts de toux et d'expulsion; car sur près de quatre-vingts opérations de trachéotomie que nous avons pratiquées chez des enfans très-jeunes et très-faibles atteints de croup membraneux, ou chez des adultes succombant à une phthisie laryngée non-tuberculeuse, jamais même l'ingurgitation d'une grande quantité de sang dans la trachée n'a été l'occasion du plus léger accident. Ce liquide est rejeté avec une impatience si énergique, qu'il ne fait pour ainsi dire qu'entrer et sortir. Mais dans le cas qui nous occupe, le malade, impuissant par la syncope pour réagir contre cette cause d'asphyxie, a succombé à la réunion de deux conditions, dont la première pouvait à la rigueur être mortelle à elle seule, tandis que la seconde ne l'a certainement été que par l'état de défaillance accidentelle du sujet.

Si, du moment que quelques veines ont donné du sang, et avant l'incision de la trachée, un aide avait exactement appliqué une éponge sur la section de ces vaisseaux, moins de sang se fut écoulé dans les voies aériennes, et le malade aurait peut-être résisté. Cette précaution a bien été prise, mais un peu tard, et alors qu'elle était déjà inutile.

Quant à l'opération en elle-même, chez un adulte maigre, elle ne peut présenter aucune dfficulté. La trachée est si superficielle et si volumineuse, son axe est si éloigné de toutes les parties qu'il serait dangereux d'intéresser, qu'il ne faut chercher dans aucune de ces circonstances matérielles la raison de l'accident dont elle a été accompagnée.

IVe Observation.

M. de Serry, âgé de quarante-deux ans, ancien élève de l'Ecole polytechnique, propriétaire à Auxerre, a constamment joui d'une bonne santé, jusqu'en 1834. En janvier de cette année, sa voix commença à perdre de son éclat naturel. Depuis lors, elle s'éteignit graduellement et le malade devint tout à fait aphone.

Nous le traitâmes en décembre 1834, et nous eûmes le bonheur de lui procurer un soulagement notable qui ne dura que quelques mois.

Dans les premiers jours de juillet 1835, pour la première fois, il ressentit en respirant, une gêne qui s'accrut en peu de jours jusqu'à l'imminence de la suffocation. Justement alarmé de son état, le malade, accompagné de son oncle, M. Hay, ancien député de l'Yonne, se hâta de venir à Paris, se confier de nouveau à nos soins.

Le 11 juillet 1835, quand nous voyons le malade, il jouit de toute sa connaissance; son pouls bat de cent quinze à cent vingt fois par minute. Le mouvement respiratoire se fait vingt-cinq fois dans le même espace de temps.

Les deux temps de la respiration paraissent s'exécuter avec une égale difficulté. L'inspiration est éclatante et fait entendre un bruit difficile à décrire, et qui, dans sa plus grande intensité, rappelle tantôt le mugissement du veau, tantôt le rugissement d'un lion.

Dans la soirée, la respiration devient de plus en plus difficile; la nuit se passe dans une agitation extrême, et le 12 juillet, au matin, la suffocation étant imminente, nous pratiquons la trachéotomie en présence de MM. les professeurs Fouquier et Roux, et de MM. les docteurs Hamar et Danyau.

Une légère hémorrhagie artérielle et veineuse fut le seul accident qui vint compliquer l'opération; une compression légère ne tarda pas à l'arrêter.

Aussitôt que la canule fut introduite et fixée, le malade témoigna qu'il n'était plus oppressé; la respiration devint facile, quoique un peu irrégulière et précipitée (quarante par minute).

Pendant les cinq jours qui suivirent l'opération, le malade alla aussi bien qu'il était possible de l'espérer; il se levait, et il venait d'écrire à sa femme pour la rassurer sur son état, lorsqu'il fut pris tout-à-coup de fièvre avec point de côté; et seize heures après il mourut, après avoir rendu des crachats fétides et gangréneux.

Nécropsie.

Rigidité cadavérique; teinte ictérique très-prononcée de la peau. Une incision étant pratiquée sur la ligne médiane, depuis le menton jusqu'au bas du sternum; on examine d'abord le larynx.

Cet organe vu à l'extérieur, présente une tuméfaction œdémateuse de tout le ligament aryténo-épiglottique gauche. Cet œdème consiste en un bourrelet d'autant plus volumineux qu'on le considère plus près du larynx. Sa plus grande épaisseur est de quatre lignes au moins. Il est flasque, et pend en dedans du larynx, de sorte que lors des grandes inspirations, il devait s'engager dans cet organe et gêner beaucoup la respiration.

Le ligament aryténo-épiglottique droit n'a rien d'anormal; vu de face, et dépouillé de ses muscles extrinsèques, le larynx n'offre aucune tuméfaction; au contraire, le cartilage thyroïde est légèrement affaissé sur son côté gauche. Le muscle crico-thyroïdien latéral droit a une teinte verdâtre, à laquelle participe le tissu cellulaire et ligamenteux qui l'environne; en ce point,

notablement déprimé dans l'état normal, existe une intumescence qui, déjà à son origine, se porte en augmentant beaucoup, vers la partie postérieure. L'incision pratiquée durant la vie pour donner une nouvelle voie à l'air, s'étend depuis le bord inférieur du cartilage thyroïde qu'elle touche sans l'entamer, jusqu'au bord inférieur du premier anneau trachéen. La canule n'occupait seulement que l'espace crico-thyroïdien.

Le côté postérieur du larynx ayant été isolé de la portion contiguë de l'œsophage, on y remarque à gauche la teinte verdâtre précédemment indiquée, qui remonte à peu près jusqu'à la base du cartilage aryténoïde. Le tissu cellulaire de cette partie est le siége d'un œdème qui se continue avec celui du ligament aryténo-épiglottique.

On ouvre avec soin le larynx en arrière sur la ligne médiane; on écarte largement les deux lèvres de cette incision, et l'on remarque ce qui suit : toute la moitié gauche de la membrane muqueuse a la teinte gris-verdâtre observée deux fois ailleurs. La corde vocale inférieure est très-tuméfiée; la supérieure l'est moins.

Le ventricule gauche est baigné d'une sanie grise extrêmement fétide, et est occupé par une production accidentelle de consistance lardacée et d'un blanc cendré. Cette tumeur se prolonge dans l'intervalle qui sépare le cricoïde et la partie postérieure du tyroïde, et va paraître un peu en dehors et en arrière du larynx. Une portion du thyroïde à gauche est nécrosée.

La moitié gauche du larynx a trois, quatre, et jusqu'à cinq lignes d'épaisseur, tandis que la droite n'en a que une, deux ou deux lignes et demie. Dans ce même côté droit, la membrane muqueuse, les cordes vocales, le ventricule et le cartilage sont dans un état tout-à-fait sain.

La membrane muqueuse trachéale est tuméfiée et teinte d'un rouge pointillé. Les bronches sont rouges, mais sans pointillé ni tuméfaction. De nombreuses et intimes adhérences unissent la totalité du poumon gauche à la plèvre costale (M. de Serry, dit-on, n'a jamais eu de maladie de poitrine). Ce poumon, au sommet et en arrière, a un peu d'engouement au premier degré. Nul vertige du tubercule.

Dans la plèvre droite est un épanchement de près de trois livres d'une sérosité trouble et rougeâtre. Point de fausses membranes. Le feuillet pulmonaire et le feuillet costal n'adhèrent entre eux en aucun point, mais ils sont d'un rouge livide.

Tout le lobe inférieur du poumon droit est rouge lie de vin foncé, ne crépite plus, se déchire facilement et laisse ruisseler à l'incision un liquide non écumeux, sanglant et fétide. Sur le bord tranchant de ce lobe, en dehors, est une tumeur dont la teinte grise tranche sur la couleur violette du poumon. On remarque dans cette tumeur de nombreuses bulles emphysémateuses. L'incision en fait écouler une sanie grisâtre d'une extrême fétidité. Cette tumeur est évidemment une réunion de lobules pulmonaires frappés de sphacèle. Les gaz développés par la putréfaction donnent à cette portion gangrénée de poumon l'excès de volume qu'on y remarque. Ce poumon ne contient pas non plus de tubercules.

Des raisons de convenances ont empêché d'examiner les autres viscères.

Le larynx a été observé en présence de MM. Broussais, Bouillaud, Duméril, Marjolin, Andral, J. Cloquet, professeur de la Faculté de médecine de Paris, et de M. Sanson (Alph.), agrégé à la même faculté.

Nous résumons donc notre opinion sur l'angine laryngée œdémateuse dans les propositions suivantes :

Bayle a eu raison de distinguer cette angine en primitive et consécutive.

Quand elle est primitive, elle est presque constamment le résultat d'une fluxion inflammatoire du larynx ou des parties voisines, et ne diffère nullement, *par sa nature*, de celle décrite par Boërhaave (*Aph.* 801 et 802).

Quand elle est consécutive, c'est-à-dire occasionée par une lésion organique du larynx ou de ses annexes, elle peut être inflammatoire ou active, ou bien non inflammatoire ou passive.

Dans le premier cas, l'inflammation s'est propagée du point lésé jusqu'aux ligamens aryténo-épiglottiques ou jusqu'à la membrane muqueuse laryngienne.

Dans le second, la sérosité accumulée dans ces parties n'est due qu'à l'engorgement qu'éprouvent les liquides autour de la perte de substance.

Dans l'un comme dans l'autre de ces deux cas, l'angine laryngée œdémateuse, ayant pour point de départ un point ulcéré, ne saurait être regardée comme indépendante de l'inflammation.

Enfin, la phthisie laryngée doit être considérée, quelle que soit sa cause, comme l'*occasion* la plus fréquente de l'angine laryngée œdémateuse. Elle peut la produire : 1° dès son début, quand les parties qui devraient s'ulcérer par la suite ne font que commencer à s'enflammer, et alors, l'engorgement étant la seule lésion appréciable, peut être regardé comme primitif; 2° quand, ayant causé dans tout le larynx des désordres plus ou moins considérables, elle produit l'accumulation des liquides dans ces parties, et alors l'angine œdémateuse est consécutive.

Dans ce dernier cas, l'engorgement produit par l'ulcération peut être actif, et c'est ce qui arrive quand les accidens marchent vite comme dans l'observation première de M. Bouillaud, rapportée par nous sommairement à la note 1 ; ou il peut être passif, quand l'ulcère a suivi une marche chronique, comme dans la sixième observation de Bayle, que nous avons rapportée dans ce travail sous le n° 2.

En un mot, l'angine laryngée œdémateuse est presque constamment la suite d'une inflammation, et l'aspect qu'elle présente et les phénomènes dont elle s'accompagne doivent être attribués à la disposition des parties et non à la *nature* spéciale de l'affection.

A. Trousseau et H. Belloc.

Mémoire sur la fréquente coïncidence de l'arthrite avec la péricardite et l'endocardite ; par le docteur Dominique Gola, méd. princip. de l'hôpital des RR. PP. *Fate-bene-fratelli*, à Milan (1).

La précieuse découverte de la percussion et de l'auscultation a tellement avancé nos connaissances sur les maladies du cœur et du poumon, que la recherche de ces maladies n'est plus aujourd'hui un problème dont la solution se trouve seulement dans l'ouverture des cadavres ou qui ne s'applique d'une manière générale à tout état pathologique des ces viscères. Auparavant, le médecin n'avait d'autre moyen, pour parvenir au diagnostic, que d'étudier les symptômes produits par le viscère affecté et par les parties étroitement liées à ce viscère ; mais il ne savait comment s'y prendre pour connaître le mal à fond, en déterminer le degré, le siége, l'étendue, le progrès, et en expliquer les altérations accidentelles. La lumière que la percussion et l'auscultation ont répandue sur la science médicale est si précieuse, que nous sommes affligés de voir ce mode d'investigation encore si mal apprécié par quelques uns de nos confrères. Quel avantage n'est-ce pas pour un médecin honnête et d'un esprit cultivé, d'avoir un guide fidèle qui le mette dans le cas de juger du caractère et de la portée d'une maladie, afin de pouvoir dire à celui qui souffre quelle est sa maladie, s'il obtiendra une cure radicale ou palliative, et au cas que la maladie soit au-dessus de la puissance de l'art, de l'encourager à souffrir patiemment ? Par là, fort de son propre jugement, il ne s'affecte point des plaintes et des murmures de tant de malades qui, ne pouvant guérir depuis le temps qu'ils ne cessent de souffrir, s'en prennent à l'art qu'ils accusent d'incertitude, ou au médecin auquel ils reprochent un défaut d'instruction. Pour moi, je ne crains point d'affirmer qu'un médecin, obligé par devoir de mettre en usage tous les moyens que lui fournit la science pour connaître la maladie dont le traitement lui est confié, ne peut en conscience négliger de se servir du stéthoscope dans l'exploration des maladies du cœur et du poumon. Comment ferez-vous, sans cet instrument, pour découvrir ces engorgemens partiels du poumon qui, en apparence, n'altèrent point la santé, mais qui sont réellement le germe de phlogoses renaissantes, susceptibles à la longue d'occasionner des accidens incompréhensibles pour le médecin dépourvu du stéthoscope ? De quelle importance n'est-il pas de reconnaître de bonne heure, dans les maladies du cœur, si l'altération porte uniquement sur les valvules ou s'il y a hypertrophie avec dilatation des ventricules, puisque nous savons par expérience que la première maladie ne comporte pas un grand danger, tandis que la seconde a les suites les plus funestes ? Une multitude de faits aussi importans a engagé plusieurs praticiens, convaincus de l'utilité de l'auscultation, à écrire sur ce sujet. C'est pour accréditer ce mode d'investigation et le rendre familier à tous les praticiens, que je vais rapporter quelques observations pratiques et fort simples où le stéthoscope m'a servi de guide et de flambeau. Je parlerai d'abord de l'arthrite, pour faire voir sa fréquente complication avec la péricardite et l'endocardite, et je terminerai par quelques histoires de lesions organiques découvertes par le stéthoscope et vérifiées par l'autopsie.

Depuis que M. Bouillaud, dans son second ouvrage sur les maladies du cœur, a appelé l'attention des médecins particulièrement sur une forme de maladie propre à la membrane interne du cœur, dont personne avant lui ne s'était occupé, bien que souvent cette maladie soit accompagnée de l'arthrite, je me suis proposé de vérifier le sujet en question avec toute l'attention dont je suis capable, et je n'ai pas tardé à recueillir des observations à l'appui des siennes. J'avais déjà fait, vers la fin de 1831, une note sur un passage de la *Clinique médicale* de M. Andral, traduite par mon ami Rusca : cette note répétait ce que j'avais consigné dans les Annales de médecine rédigées par *Strambio* le jeune, sous la forme d'une lettre à lui adressée : « Que le médecin ne doit pas négliger de tenir compte du grand » rapport qui existe entre les maladies du cœur et » l'arthrite, et que les inflammations du péricarde » ont la plus grande tendance à se développer durant » le cours de l'arthrite. » Et certainement il n'y a pas de médecin qui n'ait eu occasion d'observer ces complications, pour peu qu'il ait traité des arthrites. Mais si ces complications ne sont pas signalées par le stéthoscope, elles passent inaperçues ; et, faute d'avoir été reconnues à leur naissance, elles mettent les jours du malade en danger ou jettent les racines de maux incurables.

L'arthrite est une maladie assez fréquente dans nos contrées ; on la rencontre principalement au printemps et en automne, lors surtout que l'atmosphère est plus humide et d'une température plus variable. Elle attaque de préférence les sujets qui ont la peau fine, les cheveux blonds, et ceux qui, par état ou par insouciance, s'exposent le plus souvent aux grands changemens de température.

Le cours de cette maladie est de longue durée, pénible, insidieux ; les suites toutefois en sont rarement funestes, quoiqu'elle se montre avec un appareil de grande souffrance.

La nature de l'arthrite est tout-à-fait inflammatoire,

---

(1) Dans un moment où la question de la coïncidence du rhumatisme articulaire et de l'inflammation de membranes séreuses du cœur s'agite si vivement parmi les médecins français, et appelle de tous côtés tant de vérifications, nous croyons utile de donner dans son entier l'important mémoire du docteur Gola sur cette loi pathologique, publié dans le cahier d'avril 1836 des *Annales d'Omodei*. quoique les observations qui y sont contenues ne présentent pas toujours tous les détails désirables, elles n'en sont pas moins fort curieuses. Nos lecteurs verront en même temps avec intérêt où en sont en Italie les méthodes d'exploration des organes pulmonaires et du cœur.

H. GOURAND.

et prétendre qu'elle dépend de la rupture de l'équilibre entre l'électricité de l'atmosphère et celle de l'animal, pour établir ensuite le traitement sur cette base imaginaire, c'est porter grand préjudice au malade. L'inflammation, au dire de M. Bouillaud, a son siége dans les membranes séreuses et synoviales des articulations; ce n'est que d'une manière consécutive que le mal attaque les ligamens de même que les vaisseaux et le tissu cellulaire.

Le mode d'invasion est très-bien décrit par M. Bouillaud dans son ouvrage, que je me propose de commenter, n'ayant du reste d'autre intention que celle d'ajouter des faits à des faits et des observations aux siennes.

Le malade commence par éprouver pendant quelques jours un malaise général et un défaut d'appétit, puis une douleur tensive et lancinante dans une ou plusieurs articulations avec augmentation de chaleur et de volume; le moindre attouchement et le plus léger poids des couvertures ne peuvent se supporter. Une rougeur érythémateuse s'étend autour de l'articulation douloureuse, et quelquefois l'érythème prend une forme particulière. L'année dernière je l'ai vu sur un ex-militaire à l'hôpital de Saint-Jean-de-Dieu occuper les articulations coxo-fémorale, fémoro-tibiale, huméro-cubitale et des carpes avec une grande intensité. C'était merveille de voir à chaque articulation entreprise, un érythème particulier marqué par des taches d'un rouge vif, quelques-unes en relief, comme ortiées, en saillie à l'épiderme, depuis une lentille jusqu'à un centime, de différente figure, les unes elliptiques, les autres rondes. Ces taches persistaient aussi long-temps que les douleurs, et lorsque celles-ci commençaient à se dissiper, les taches perdaient leur couleur ou pâlissaient comme les feuilles et finissaient par disparaître lors de la desquammation de la peau. C'est là l'érythème décrit par quelques auteurs sous le nom de rougeole arthritique, que M. *Rayer* appelle *érythème rhumatismal*, et que j'ai vu figuré dans la seconde planche de son ouvrage sur les maladies de la peau, seconde édition. On aperçoit assez distinctement les ramifications des veines autour de l'articulation, à travers la peau devenue plus mince et transparente.

Ordinairement la maladie attaque d'abord l'articulation du pied avec la jambe, de là monte au genou, passe à l'articulation scapulo-humérale, au coude, au poignet, quelquefois se porte par caprice et d'emblée d'une partie à une autre. J'ai pourtant remarqué que l'arthrite a plus de ténacité en général, quand elle a commencé par attaquer l'articulation huméro-scapulaire et qu'elle entraîne alors la phlogose du lobe supérieur du poumon, phlogose qui donne fréquemment naissance chez les sujets disposés à la phthisie ou scrofuleux, à des tubercules crus ou à des cavernes, et l'observation pratique de M. Bouillaud est très-juste, savoir, que la gravité du mal est le plus souvent en raison inverse du nombre des articulations entreprises. Mais ce n'est pas seulement dans les jointures des membres que l'arthrite établit son siége. J'ai eu un malade qui, outre la douleur dans plusieurs articulations, souffrait horriblement à la symphise du pubis; un autre qui se plaignait d'une douleur spasmodique à l'articulation du cartilage thyroïde avec le cricoïde; un troisième qui rapportait le siége de ses douleurs à l'union des diverses pièces du sternum: enfin, j'ai vu des rhumatisés qui avaient manifestement une rachialgie fixée le plus souvent à la région cervicale et à la région lombaire. Ce qui étonne dans les douleurs articulaires, c'est leur mobilité; puisqu'il arrive qu'un genou très-douloureux se dégage et qu'à sa place un coude s'entreprend encore plus fortement, sans qu'on puisse rendre un compte satisfaisant de ce déménagement de la maladie.

La physionomie de l'arthritique a je ne sais quoi qui la caractérise; elle porte un cachet qui suffit à un praticien exercé pour lui faire reconnaître la nature de l'affection: on y voit l'expression de la douleur et de l'angoisse; le visage est pâle et blême en général, rarement les joues ont de la rougeur comme dans la péripneumonie ou la fièvre aiguë. Le malade reste immobile et cloué dans son lit, hors d'état de se servir de ses membres pour ses besoins; la langue est ordinairement pâle, couverte d'un enduit muqueux; il y a mauvais goût à la bouche, plus de soif que de coutume, l'appétit est nul et la température de la peau plus élevée. Ajoutez à ces symptômes un surcroît d'action dans les fonctions des organes centraux de la circulation et de la respiration, une fièvre continue avec redoublement le soir; les pulsations des artères radiales sont si fréquentes et vibrantes, et les réactions des vaisseaux si énergiques, que la maladie ressemble à une affection du système vasculaire; les humeurs des sécrétions sont altérées; la peau est tantôt sèche, rude; tantôt, et c'est son état le plus fréquent, elle se couvre d'une sueur visqueuse, aigre, d'une odeur nauséabonde, et finit quelquefois par se charger d'un exanthème milliaire, cristallin, ou d'une myriade de papules rouges; les urines sont en petite quantité et déposent un sédiment briqueté abondant; le sang, dans la palette, présente une couenne épaisse, frangée sur les bords, résistant à la coupe et nageant dans un peu de sérosité verdâtre.

La maladie est de longue durée, ainsi que nous l'avons dit, et les praticiens la fixent d'ordinaire à cinq ou six septenaires; pour moi, je pense qu'une arthrite simple, si elle est traitée comme une maladie éminemment inflammatoire, ne durera pas plus de deux septenaires, mais que si l'arthrite est compliquée, comme nous le verrons plus bas, on ne peut plus lui assigner de terme.

M. Bouillaud dit avoir vu souvent la fièvre persister, quoique la phlogose de l'articulation fût réduite. Quant à moi, je n'ai pas eu encore un cas de cette nature, et il me semble que ce phénomène de la persistance de la fièvre, après la guérison locale, doit se rapporter à un désordre survenu autre part.

Ce qui donne à cette maladie un haut intérêt, ce sont ses complications avec d'autres maux. Fréquente est l'association de l'arthrite avec une augmentation de

sécrétion muqueuse dans les premièrs voies, plus rare est celle avec les affections de l'arachnoïde, de la plèvre des poumons, de la vessie urinaire. Il est moins rare de voir l'arthrite unie avec cette forme d'éruption squammense connue sous le nom de psoriasis, et dont j'ai eu deux exemples l'année dernière; mais la complication la plus digne d'être étudiée, la seule dont je vais m'occuper à présent, est celle avec les affections de la membrane externe et interne du cœur.

Nombre de praticiens ont connu la grande influence que l'arthrite exerce sur l'organe central de la circulation. Ainsi, *Baglivi* remarque que l'asthme, la dysurie, l'arthrite se transforment mutuellement. *Stoll* nous prévient que souvent l'arthrite se cache sous l'apparence de l'asthme, et *Pitcairne* dit que l'arthrite exerce une grande influence sur les dilatations du cœur.

Kreysig, dans son ouvrage sur les maladies du cœur, regarde l'arthrite comme une des causes les plus capables de susciter une phlogose lente et sourde dans la membrane interne du cœur et des gros vaisseaux, et d'en amener par suite l'induration et l'ossification.

Mais quelles que soient les observations antérieures à la découverte de l'auscultation, si elles servent à avertir le médecin qu'une phlogose interne peut se développer dans le cœur tant que dure une arthrite, toujours est-il qu'elles ne procurent que les indices vagues de la maladie consécutive, et n'apprennent point comment se forme et se développe cette phlogose, qui a des suites irrémédiables.

Deux membranes sero-fibreuses sont susceptibles d'inflammation durant le cours de l'arthrite. La première est celle qui forme l'enveloppe extérieure du cœur, le péricarde, la seconde tapisse ses cavités et fournit des replis qui servent à former les valvules des divers orifices. Cette membrane, que M. *Bouillaud* désigne sous le nom d'endocarde, est plus sujette à s'altérer que le péricarde. MM. *Bertin* et *Bouillaud* dans l'ouvrage qu'ils ont publié en 1834, M. *Andral* dans sa *Clinique médicale*, M. *Hope* dans son estimable monographie des maladies du cœur, et nouvellement M. *Bouillaud* dans son travail sur la cardite, citent plusieurs cas de péricardite et d'endocardite, consécutifs à l'arthrite, et ce dernier auteur particulièrement rapporte les signes qui font reconnaître l'existence d'une péricardite ou d'une endocardite chez un individu affecté d'arthrite. Nous allons transcrire littéralement ces signes qui doivent servir de guide dans le diagnostic de ces affections.

Signes de la péricardite. Matité à la région précordiale, beaucoup plus étendue qu'à l'état normal; élévation des côtes dans la même région (voussure); battemens du cœur profonds, peu ou point sensibles à l'application de la main; mouvemens valvulaires profonds, accompagnés de divers bruits anormaux, les uns dépendant du frottement léger des tuniques opposées du péricarde, les autres provenant de la complication de la péricardite avec l'endocardite valvulaire; douleur plus ou moins vive du cœur, palpitation, altération dans le rhythme des pulsations.

Signes de l'endocardite. Bruit de soufflet, de rape ou de lime dans la région précordiale; à la percussion, cette région donne un son mat plus étendu qu'à l'état normal, mais à un moindre degré que dans la péricardite avec épanchement; les pulsations du cœur soulèvent avec force la région précordiale, et sont souvent irrégulières, inégales, intermittentes et accompagnées alors d'un frémissement vibratoire; le pouls est dur, vibrant, inégal et intermittent comme le sont les battemens du cœur.

J'avoue que je n'ai pas toujours rencontré dans ma pratique tous les signes que donne M. *Bouillaud*, de l'endocardite qui complique l'arthrite; bien plus, il y a quelques-uns de ces signes que je n'ai pas rencontrés, et je crois même qu'il n'est guère possible qu'ils se présentent dans les endocardites qui n'ont pas encore une terminaison décidée, tels que la matité de la région précordiale et l'altération du rhythme du pouls, si ce n'est la fréquence des pulsations. Les faits que j'ai à rapporter prouveront ce que j'avance, et déjà chacun est bien persuadé que le premier signe ne paraîtra que quand l'endocardite sera compliquée avec une hydropéricardite, ou une hypertrophie des ventricules; que s'il existe un état phlogistique non encore aggravé par l'induration, ou par un épanchement, ou l'adhérence des valvules, soit aux parois de l'endocarde, soit à leurs bords entre elles, cet état ne pourra pas empêcher les valvules de s'élever et de s'abaisser au point de produire l'intermittence et l'irrégularité du pouls, qui auraient lieu dans l'oblitération imparfaite des orifices par les valvules. Je ne crois pas que ma manière de voir puisse être démentie par le bruit de soufflet qui forme vraiment un des signes pathognomoniques de l'endocardite, puisque ce signe est produit dans la simple endocardite par la tuméfaction et l'aspérité superficielle des valvules, plutôt que par l'impuissance de fermer complétement les orifices sur lesquels elles s'abaissent; il en résulte dans le cas que nous supposons, un effort des molécules du sang qui, en passant de vive force, produisent le frémissement cataire ou le bruit de soufflet.

Il est rare que l'arthrite ne se complique qu'avec l'endocardite; je n'en ai qu'un exemple. Le plus souvent la péricardite vient se joindre en troisième à cette affection.

Les terminaisons de l'arthrite sont la résolution dans les occurrences les plus favorables; l'épanchement séreux, la suppuration, le desséchement, les adhérences, l'état cartilagineux ou osseux des membranes articulaires ou leur dégénération calcaire; de là l'immobilité forcée, l'*ankylose*. La terminaison la plus fréquente de la péricardite sous l'influence de l'arthrite, est l'épanchement séreux et l'adhérence du péricarde au cœur, par le moyen d'une fausse membrane, ainsi que nous en donnerons un exemple dans une histoire très-intéressante. Les conséquences de l'endocardite, dans le cours de l'arthrite, sont l'épaississement des valvules, leurs adhérences, les végétations de *Corvisart*, la formation de fausses membranes, et en même temps la triste série de souffrances qui ont coutume d'en résulter pour

le cœur (1). Heureusement la résolution est la terminaison la plus facile à amener quand le mal est récent, qu'il n'y a pas encore un commencement d'organisation vicieuse à la suite de pareille affection déjà éprouvée, et qu'on s'est empressé de recourir aux remèdes convenables.

Nous nous réglerons pour la méthode curative sur la nature du mal et les suites qu'il peut entraîner. La saignée sera mise en première ligne et répétée aussi souvent que le progrès de l'inflammation paraîtra l'indiquer au praticien prudent. Il est très à propos de joindre la saignée locale par les sangsues à la saignée générale, selon qu'on le jugera à propos et que le cas pourra l'exiger, dans l'endocardite et surtout dans la péricardite.

En vérité, je ne comprends pas la conduite de quelques médecins expectans, qui ne veulent pas entendre parler de la phlébotomie dans les maladies, et mettent toute leur confiance dans l'application ridicule et insignifiante des ventouses. Ne devraient-ils pas se reprocher de laisser leurs malades en proie, pendant des mois entiers, aux douleurs, au lieu d'attendre de sang-froid, ainsi que je l'ai vu, qu'il se développe autant d'hydarthroses qu'il y a d'articulations affectées. En fait de remèdes internes, le tartre stibié a coutume de satisfaire aux indications les plus pressantes, et quand il faut faire quelque chose de plus, on donne les poudres dites tempérantes et celles résolutives. Ces moyens sont parfaitement secondés par les vésicatoires, si toutefois ceux-ci sont appliqués au déclin de l'inflammation, lorsqu'il n'y a plus qu'une congestion passive avec tendance à l'épanchement de sérosité, ou même que ce dernier est survenu.

Arthrite compliquée. — Endocardite.

Observation. I. — N. N., âgé de 29 ans, sculpteur, d'un tempérament sanguin, fut reçu le troisième jour de sa maladie à l'hôpital de St-Jean-de-Dieu, le 29 janvier, de cette année. Il fut forcé de s'aliter le jour même qu'il éprouva un mouvement de fièvre, qui commença par des frissons auxquels succéda bientôt une chaleur incommode, sans affection locale. Le lendemain, la fièvre n'avait pas cessé et une douleur se fit sentir à l'articulation tibio-tarsienne. La partie était tuméfiée, rouge, plus douloureuse au moindre mouvement; le troisième jour, le mal s'étendit au genou et à l'articulation du bras du même côté. Tel était le malade quand il entra à l'hôpital. On ne pouvait attribuer cette maladie à aucune cause positive; c'était la première fois que cet homme était malade et il n'avait encore fait aucun remède. Mal de tête, visage pâle, langue couverte d'une couche blanchâtre, soif augmentée : la percussion indiquait et l'auscultation confirmait un état normal des viscères de la respiration. A l'examen de la région du cœur, la matité ne s'étendait pas au delà de deux pouces, enfin l'état était normal. Il n'y avait pas trop de fréquence dans le pouls, les battemens étaient réguliers, les mouvemens des valvules faisaient à peine entendre un bruit de soufflet à la fin de la contraction du cœur, ce qui me suffit pour dire au docteur *Devecchi*, qui assistait à ma visite du soir, que je craignais pour ce malade, quoiqu'il ne ressentît aucune gêne à la région cardiaque, le développement d'une endocardite. Trouvant le pouls dur, vibrant, la peau sèche, la chaleur brûlante, l'urine briquetée et en petite quantité, j'ordonnai une saignée de dix onces et les poudres tempérantes.

30/4, nuit fort tranquille. L'articulation de la main gauche fut aussi prise d'arthrite. Le bruit de soufflet était devenu un peu plus manifeste, cependant le malade ne présentait pas encore d'autres symptômes cardiaques. Ce bruit de soufflet fut reconnu par les médecins *Perini le jeune* et *Marchetti;* il était sensible à la région précordiale et plus à l'endroit de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Le sang dans la palette avait une couenne épaisse de six lignes, était difficile à couper et nageait dans une petite quantité de sérosité. Autre saignée de dix onces. Les mêmes poudres tempérantes. Le soir, même état. Répétition de la saignée.

31/5. Vers le milieu de la nuit, le malade fut saisi d'une douleur obtuse avec pression à la région précordiale, palpitations du cœur, difficulté de respirer, impossibité de rester couché sur le dos; les articulations du pied, du genou, de l'épaule, du côté droit, devenaient douloureuses, en même temps que toutes les articulations de la main gauche acquéraient du gonflement et un surcoît de sensibilité. La percussion de la région précordiale ne traduisait aucune altération de l'état normal; l'oreille appliquée, on entendait un bruit de soufflet très-clair; ce bruit était plus sensible qu'auparavant, surtout à la région auriculo-ventriculaire gauche. Les pulsations du cœur étaient plus fréquentes, mais régulières, la projection du sang avait plus de force. Le pouls était petit, serré, dur, régulier, la peau sèche, l'urine en très-petite quantité et sédimenteuse. Le sang avait les mêmes conditions qu'aux autres saignées. Saignée de dix onces. Infusion de verbascum avec deux grains de tartre stibié. Le soir, plus de douleur à la région précordiale, respiration moins difficile, mouvemens valvulaires moins obscurs que le matin. Néanmoins, nouvelle saignée pour prévenir l'augmentation de l'endocardite.

1er février (sixième jour de la maladie), 2/7, amendement notable. Le malade n'accuse plus de douleur à la région précordiale; le calme succède à l'angoisse et à l'inquiétude. Il ne reste qu'une douleur supportable aux deux mains et les autres articulations ont repris leur mobilité. Les contractions du cœur sont quasi normales, les mouvemens des valvules plus appréciables, les pulsations du pouls régulières, et à peine sent-on un léger bruit de soufflet.

(1) M. Hope a remarqué que la membrane étendue dans les cavités du cœur n'est pas aussi sujette à s'enflammer que celle qui recouvre les valvules, et attribue cette disposition à l'usage des valvules.

Pour la première fois, il survint une sueur générale avec diminition de chaleur. Pouls plus souple et moins fréquent.

On réitère l'infusion de verbascum avec le tartre stibié.

3/8, 4/9, 5/10. Le mieux se soutient. Les douleurs des mains sont dissipées, il ne reste plus qu'un léger gonflement qui en empêche encore le libre usage.

La région précordiale examinée avec la plus grande attention, on n'entend plus le bruit de soufflet, mais le tic-tac naturel du cœur; continuation de la moiteur; légère pyrexie avec une rémission satisfaisante le matin.

6/11, 7/12, 8/13, 9/14. Le malade se porte très-bien et n'a plus besoin des secours de l'art. Quelques jours avant de le faire sortir de l'hôpital, j'ai voulu le faire examiner une dernière fois par mes collègues, et nous nous sommes assurés que son cœur est parfaitement à l'état normal.

J'ai placé cette histoire avant celles qui vont la suivre, parce qu'elle est la plus simple, parle le plus éloquemment en faveur de l'endocardite pure, et qu'elle n'a pas laissé de reliquats. Les savans médecins qui eurent occasion de visiter avec moi ce malade tous les jours et de constater l'avantage que nous avons retiré de l'auscultation, pourront témoigner de la vérité du fait que je rapporte, si quelqu'un prétend le contraire. Il est évident que chez notre malade il s'est établi progressivement une inflammation dans la membrane interne du cœur, spécialement dans les valvules, surtout dans les valvules mitrales de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche; une fois celles-ci éloignées de l'état normal, il survint aussitôt dans le mouvement valvulaire une modification que nous découvrîmes avant que le malade ne se plaignit d'une sensation pénible à la région précordiale. Par là on voit la nécessité d'explorer la région du cœur dans l'arthrite, afin de prévenir ces complications qui ont coutume, pour peu qu'on tarde à les reconnaître ou qu'on les laisse passer inaperçues, de finir par devenir funestes au pauvre malade, en ourdissant les trames d'une série de souffrances contre lesquelles la médecine n'a plus en sa puissance qu'une cure palliative.

Endocardite simple.

Observation II. — N....., âgé de vingt-trois ans, sellier, entra dans le même hôpital le 24 janvier, se plaignant depuis quatre jours d'une palpitation de cœur incommode, avec une douleur à la région précordiale, qui s'étendait à l'épaule gauche. Il éprouvait une sensation continuelle de fourmillement dans le bras du même côté. Le malade était un homme fort, à peau fine et à cheveux blonds; il jouissait habituellement d'une bonne santé, à part de légers frissonnemens auxquels il se disait sujet.

J'examinai attentivement l'état des organes, et voici ce que je trouvai :

Tête libre, langue légèrement saburrale, soif plus que de raison.

A la percussion, les viscères de la respiration ne témoignaient rien d'anormal, l'auscultation me rapporta un bruit respiratoire âpre, spécialement du côté gauche, la région précordiale résonnait très-bien dans toute son étendue; l'impulsion du cœur plus énergique que de coutume; pas la moindre élévation des côtes d'un côté plus que de l'autre; les pulsations du cœur fréquentes, mais régulières, sans intermittence; les bruits valvulaires tout-à-fait couverts par un bruit très-clair de soufflet, plus marqué à l'endroit de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Le malade disait ressentir une douleur profonde à la région gauche du cœur avec un serrement et cette douleur s'étendait au sein gauche et à l'humérus avec un fourmillement; la crampe saisissait tantôt le bras, tantôt la jambe, toujours du côté gauche. Le pouls était petit, contracté, dur; la peau sèche, l'urine ardente, le coucher impossible dans la supination et sur le côté gauche. (Saignée de onze onces, limonade de crême de tartre soluble.)

25/5. Le sang de la veine était couvert d'une couenne épaisse et n'avait presque pas de sérosité.

La nuit fut tranquille, quoique la gêne persistât à la région du cœur où l'on entendait le bruit de soufflet comme auparavant.

On fit deux saignées ce jour-là, et l'on donna les poudres tempérantes.

26/6, 27/7. Rémission des symptômes, amendement de la douleur, pulsations du cœur moins fréquentes, coucher sur le côté gauche supportable; disparition de la crampe et du fourmillement. A l'auscultation, je reconnais que le bruit de soufflet a diminué, et j'espère que le mouvement valvulaire se rétablira bientôt.

Le bruit de la respiration se fait naturellement dans les vésicules. (Répétition de la saignée.)

28/8, 29/9. Le mieux se soutient; plus de douleurs: pulsations du cœur à l'état normal; mouvemens valvulaires devenus plus sensibles; très-léger bruit de soufflet; altération du pouls presque nulle.

30/10, etc. Convalescence. Quatre jours avant la sortie de l'hôpital j'ai soumis le malade à une visite rigoureuse, et il fut reconnu par tous les examinateurs que le cœur avait recouvré toute ses facultés.

Quelques uns voudront peut-être rapporter cette observation à une péricardite plutôt qu'à une endocardite, parce que les symptômes paraissent appartenir à la première maladie plus qu'à la dernière. Il est vrai que *Latham* attribue le bruit de soufflet à la péricardite rhumatique au temps de l'invasion; selon M. *Hope*, ce phénomène appartient aussi bien à la systole qu'à la diastole des ventricules, et acquiert assez de force pour obscurcir le mouvement normal du cœur. M. *Bouillaud* prétend avoir entendu ce bruit dans six ou huit cas de péricardite. Pour moi, il ne m'est pas encore arrivé d'entendre le bruit de soufflet dans une simple péricardite, et quand je l'avais entendu, j'ai toujours trouvé sur le cadavre un endurcissement des valvules, spécialement des mitrales. J'ai bien aussi entendu une seule fois le bruit de cuir neuf dont parle M. *Collins*, sur un jeune homme affecté d'une péricardite très-aiguë.

L'oreille appliquée sur la région précordiale, percevait distinctement le bruit que fait une selle neuve sous le mouvement du cavalier. Le malade ne tarda pas à sortir de l'hôpital, et nous remarquâmes qu'à mesure qu'il recouvrait la santé, ce bruit s'affaiblissait insensiblement jusqu'à sa disparition complète.

Arthrite compliquée avec une péro-endocardite.

Observation. III. — N..., âgé de trente-six ans, de complexion grêle, entra à l'hôpital de Saint-Jean-de Dieu, le 19 décembre 1835, le second jour d'une arthrite très-grave; il avait déjà été attaqué deux fois de cette maladie, et il en avait souffert longtemps, disait-il, avec difficulté de respirer et douleur au sternum. Du reste, depuis la dernière attaque, qui avait eu lieu en 1833, il s'était assez bien porté pour exercer sa profession de tisserand. Les douleurs s'étaient d'abord portées sur les articulations des pieds; la rougeur et le gonflement de ces deux articulations avaient été accompagnées de la phlogose des genoux. Le malade se plaignait de mal de tête, la langue était pâteuse avec mauvais goût à la bouche, la soif plus grande, toux avec crachats écumeux, respiration accélérée, fièvre aiguë.

La percussion donnait un son clair au côté droit du cœur, un son plus obscur au côté gauche, soit en avant sur les côtés, soit en arrière. Le murmure respiratoire vésiculaire était aussi prononcé que dans la respiration puérile au côté droit, et on sentait à la région antérieure du poumon gauche des désordres qui altéraient le cœur; l'expansion pulmonaire était imperceptible et on ne reconnaissait qu'un souffle bronchique.

A la percussion, je trouvai que le cœur avait trop d'extension; l'auscultation me fit découvrir un bruit de soufflet approchant de celui de lime, plus clair surtout à la région de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche. Le malade accusait la sensation d'un poids sur le côté gauche de la poitrine, côté sur lequel le coucher était obligé, mais il ne se plaignait point du cœur, quoique l'impulsion du sang y fût énergique et que les pulsations en fussent irrégulières.

On diagnostiqua une arthrite compliquée d'une vive phlogose du poumon gauche, avec endurcissement des valvules bicuspides et hypertrophie du ventricule gauche.

Dans l'espace de huit jours, au moyen de sept saignées et de remèdes internes analogues, les douleurs abandonnèrent tout à fait les articulations, et le poumon gauche reprit le libre exercice de ses fonctions, du moins on le crut. Mais le calme ne fut pas de longue durée; le seizième jour, à ma visite du soir, je trouvai le malade dans l'affaissement, respirant avec difficulté, quoiqu'il m'assurât ne pas souffrir de la poitrine. Je soupçonnai qu'il avait fait quelque écart de régime, je me contentai de lui donner un calmant pour le présent et remis au lendemain matin à faire un examen plus approfondi.

La nuit fut très-agitée; l'affaissement persistait; le malade restait couché sur le dos, un peu relevé, parce que, disait-il, il se sentait près de suffoquer. Il ne se plaignait d'aucune douleur à la région précordiale ni aux articulations, et toute sa souffrance venait d'un poids sur le cœur.

Les poumons explorés, je trouvai le droit en bon état, mais j'entendis dans le gauche un râle crépitant sec. La matité avait trois pouces d'étendue verticalement et en travers à la région précordiale. L'impulsion du cœur était obscure; on entendait toujours le bruit de soufflet comme de loin; les pulsations étaient fréquentes, irrégulières, le pouls était dur, serré, la peau sèche.

Saignée de dix onces; poudres tempérantes.

Le soir et le lendemain, les symptômes étant les mêmes, on répéta la saignée et on posa des sangsues à la région du cœur.

Ce traitement parut adoucir un peu le mal avec le secours des vésicatoires, mais la trève ne dura que quelques jours; les douleurs articulaires, la difficulté de respirer n'eurent plus de cesse; on observa la matité dans la région précordiale, l'impulsion du cœur était très-obscure, ainsi que le bruit anormal, l'œdème survint aux jambes, principalement à la jambe gauche; il y eut pectoriloquie dans le lobe supérieure du poumon gauche, et la respiration ne se fit plus dans son lobe inférieur.

Le malade mourut tout d'un coup dans la nuit du 7 février.

Autopsie 28 *heures après la mort.*

Cavité de la poitrine. Epanchement de sérosité limpide dans les cavités de la poitrine, à la quantité de quatre livres environ. Les plèvres costales offraient des traces d'ancienne phlogose. Sur la surface antérieure du poumon droit était une couche de lymphe concrescible. Dans le lobe supérieur du poumon droit, au côté externe, une adhérence entre les deux plèvres en forme de bandelette de la largeur de six lignes dans l'espace intercostal entre la 3e et la 4e côte. Une série de filamens déliés partait du bord externe du poumon et venait se fixer à l'œsophage, à la veine cave descendante, au péricarde.

Adhérence du lobe supérieur du poumon gauche avec l'aorte au moyen de cinq filamens celluleux très-déliés; union de l'extrémité postérieure inférieure du même lobe avec la plèvre costale, au moyen d'un tissu cellulaire, disposé en forme de bandelette large d'un pouce; le lobe inférieur adhérait par quatre petits ligamens au péricarde, et au diaphragme par une large bande. Cette portion de poumon, contiguë au péricarde, lui adhérait par une infinité de fils plus ou moins déliés, semblables aux cordages tendineux des colonnes charnues du cœur.

Le poumon droit était sain et on trouva seulement au bord inférieur du troisième lobe, une mélanose circonscrite de la grandeur d'un décime, le poumon gauche était moins crépitant que le poumon droit. On trouva dans les cellules du lobe supérieur de la sérosité et du sang, et dans le lobe inférieur, on découvrit une

hépatisation récente. Le tissu de ce lobe n'était pas ramolli.

Le cœur. Le péricarde adhérait aux deux poumons comme nous l'avons indiqué, et inférieurement il se confondait avec le diaphragme.

L'étendue du péricarde, depuis le sommet du cœur jusqu'à sa base, était de cinq pouces six lignes. Le diamètre transversal pris vers la base de quatre pouces six lignes. Le péricarde adhérait au cœur dans sa totalité, de sorte qu'il n'y avait aucun espace entre le feuillet externe et le feuillet interne. En détachant avec précaution ce sac d'avec le cœur, on observa que le péricarde n'avait guère plus d'épaisseur, mais qu'entre lui et l'enveloppe immédiate du cœur il existait une tunique de nouvelle formation, de nature évidemment fibreuse, de quatre lignes d'épaisseur, et qui contenait dans l'entrelacement de ses fibres une humeur gélatineuse, jaunâtre. Cette fausse membrane était facile à enlever et à détacher du cœur avec le scalpel et les doigts ; alors on obtint ce viscère revêtu de sa propre enveloppe sans altération.

Cette tunique fibreuse était pointillée, du côté du cœur, de petites taches rouges correspondantes à autant de petits vaisseaux, et les derniers étaient plus apparens à la face postérieure du cœur et du côté gauche, que du côté droit.

Le cœur avait un peu plus de volume que le poing du sujet : mesuré en dehors du sommet et à la base, il avait quatre pouces de longueur et quatre pouces six lignes de largeur, prise de sa base.

Les oreillettes étaient adhérentes par leurs bords au péricarde qui revêt les ventricules.

L'oreillette et le ventricule du côté droit n'avaient rien d'anormal. L'épaisseur des parois du ventricule aortique était de dix lignes ; à son milieu ce ventricule était hypertrophié ; sa capacité à l'état normal. L'endocarde du ventricule gauche était une peu épaissi, sans aucune trace de phlogose. Les valvules mitrales avaient plus du double de leur épaisseur naturelle, principalement aux insertions des tendons des colonnes charnues : elles n'avaient point la dureté cartilagineuse et paraissaient blanches ; entre les deux valvules, vers leur base, on remarquait une production cordiforme dont la base regardait le ventricule et le sommet l'oreillette, longue de sept lignes, épaisse de deux lignes et large de six, qui rétrécissait d'autant l'orifice auriculo-venticulaire. Sa couleur tirait sur le jaune comme la graisse qui couvrait l'endocarde valvulaire, et s'en pouvait facilement détacher; alors on voyait un espace circonscrit en manière d'île, plus lisse, principalement à la valvule droite; elle avait la nature du mélicéris ; les valvules aortiques étaient saines.

Dans le ventre, épanchement d'environ trois livres de sérosité.

Toutes les altérations que nous avons notées sur ce sujet ne sont pas les effets de la dernière maladie, mais elles font voir que les attaques précédentes de cette même maladie avaient porté des atteintes graves aux viscères de la circulation et de la respiration. En effet, les mouvemens des valvules avaient été modifiés dès le principe du mal, et cette invasion soudaine de symptômes cardiaques indiquait que le cœur était déjà prédisposé à la maladie. Le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire était accompagné de l'hypertrophie du ventricule gauche, lésion liée à cette végétation morbide trouvée entre les deux valvules bicuspides. *Corvisart* dit en avoir vu aussi sur les valvules semilunaires de l'artère pulmonaire, attachées quelquefois par des pédicules déliés, et flottantes dans la cavité du vaisseau; il les regardait comme les effets de la syphilis. *Hodyson* pense qu'elles ne proviennent pas toujours de cette cause, et il cite un exemple à l'appui de son opinion. M. *Hope* affirme, d'après un grand nombre d'observations recueillies dans les hôpitaux, que les vénériens n'y sont pas plus sujets que les autres malades.

Endocardite chronique.

Observation. IV. — L'histoire que je vais rapporter est incomplète sous plusieurs rapports, attendu que par des circonstances imprévues j'ai perdu l'occasion de faire l'autopsie, et que je n'ai pu observer que le cœur, ce qui, néanmoins, est suffisant pour faire voir les résultats d'une endocardite chronique.

Au mois de janvier, un vieillard âgé de soixante-dix ans, entra à l'hôpital pour une gastralgie chronique. Il se disait malade depuis quatre ans, est tel était son état, qu'il ne pouvait mouvoir une seule articulation sans souffrir de tout le corps. L'émaciation et l'abattement total des forces rendaient sa position très-pénible. Son transport à l'hôpital, dans une saison rigoureuse et par un temps de neige, lui fut si fatal, qu'il succomba en trois jours, faute de pouvoir respirer.

En explorant la région du cœur, j'avais entendu un bruit de soufflet très-clair qui se rapprochait de celui de scie; du reste, je ne pus guère m'éclairer sur son état, parce que le malade était si affaissé au physique et au moral, qu'il ne m'était pas permis de faire de grandes recherches.

Autopsie. — Péricarde à l'état sain. Le cœur un peu plus volumineux que de raison, et l'hypertrophie se partageait également entre les deux ventricules ; oreillette droite saine; l'endocarde du ventricule gauche sensiblement épaissi, phlogosé; sur les valvules bicuspides et sygmoïdes aortiques, une couche membraneuse de nouvelle formation, épaisse d'une demi-ligne, de couleur blanche, qui, après avoir été détachée, laissait voir leur tissu à l'état sain ; il n'en était pas ainsi des valvules mitrales qui, après le détachement de cette fausse membrane, montraient l'endocarde épais, cartilagineux. Les valvules tricuspides et les sygmoïdes de l'artère pulmonaire avaient souffert la même altération ; les cordages tendineux des colonnes charnues des deux ventricules, quoique le cœur fût resté ouvert dans toutes ses cavités et en macération pendant douze heures, étaient d'un rouge écarlate ainsi que les bords des valvules où les cordages s'inséraient.

On ne rencontre pas souvent un exemple aussi clair

d'endocardite. Sur un grand nombre de cas, M. Bouillaud n'en cite que quatre qui se rapprochent de celui que je décris ; mais j'ose dire que le mien est un exemple plus frappant d'une endocardite chronique consécutive à l'arthrite. Je regrette de n'avoir eu le malade sous les yeux que dans ses derniers momens; j'aurais désiré présenter le tableau des symptômes produits par tant d'altérations.

Je pourrais ajouter à ces observations plusieurs autres cas que j'ai consignés dans mes notes, en preuve de la complication fréquente de l'arthrite avec la péro-endocardite : qu'il suffise de dire que sur treize cent dix-huit malades entrés à l'hôpital de Saint-Jean-de-Dieu, pendant l'année 1835, il s'en est trouvé cinquante-six affectés d'arthrite. Il y en a un qui est mort d'endo-péricardite, un autre d'arachnoïdite, un troisième de cystite, phlogoses qui vinrent se joindre à l'arthrite. Chez quarante-deux, la maladie marcha d'un pas régulier; chez onze, le cours de la maladie fut troublé avec plus ou moins de violence ; ici, il survint une endocardite ou une péricardite simple ; là, ce fut une péro-endocardite. Tous ces malades sont guéris néanmoins avec plus ou moins de soins, et ont recouvré une santé parfaite. Entreprendre d'exposer en détail chacun de ces histoires, l'espace d'un journal ne me le permettrait pas, et les lecteurs, surtout ceux qui n'ont pas foi dans le sthéthoscope, ne me pardonneraient pas l'ennui que leur causeraient tant de répétition. Je me flatte que j'ai rapporté assez d'exemples, quoiqu'en petit nombre, pour exciter les médecins à porter leur attention sur les maladies de la nature de celles que j'ai décrites, en profitant des précieuses lumières que l'auscultation répand sur leur diagnostic.

Luxation en arrière du coude droit, considérée successivement comme une simple foulure, puis comme une fracture intra-condylienne : perte des mouvemens de l'articulation huméro-cubitale. Dupuytren confirme le diagnostic de M. le docteur Morin, de Versailles, qui avait reconnu la luxation. Essais infructueux de réduction avec des aides. M. Sanson a recours aux appareils mécaniques du docteur Sédillot ; réduction de la luxation le cent quatorzième jour de l'accident. Guérison.

Le fils de M. X. inspecteur général des eaux et forêts, s'amusait avec de jeunes camarades de son âge (cet enfant avait onze ans) à monter à âne, lorsqu'il fut jeté par terre, et tomba sur le poignet droit, qu'il avait porté en avant pour amortir la chute. Relevé aussitôt, il se plaignit d'une vive douleur dans le coude du même côté, qu'il ne pouvait plus faire mouvoir, et il y survint bientôt un gonflement considérable. Un médecin consulté, traita cet accident comme une foulure, et après quelque temps le gonflement diminua, ainsi que la douleur; mais les mouvemens de l'articulation ne se rétablirent pas. Une consultation fut provoquée à Versailles, et M. le docteur Morin crut reconnaître une luxation ; mais ce ne fut pas l'avis de ses confrères, et il se borna à inviter le père de l'enfant à s'adresser à quelques chirurgiens de Paris, pour lever tous les doutes.

M. X. vit MM. P. père et fils, chirurgiens d'un des hôpitaux de Paris, qui s'accordèrent à nier l'existence d'une luxation. Une nouvelle consultation eut lieu, entre MM. Morin, P. père et fils, J. C. et B., tous deux professeurs.

M. C. interpella assez vivement M. Morin, sur l'erreur qu'il commettait en croyant à un déplacement du coude, et on décida qu'il y avait une fracture intra-condylienne, et que les bains, douches, etc., étaient les seuls moyens de traitement. On les mit à exécution sans aucun succès. Alors on vint voir Dupuytren, qui déclara nettement qu'il y avait luxation, et adressa le malade à M. Sanson, de l'Hôtel-Dieu, pour opérer la réduction qu'il jugeait convenable d'entreprendre. Un examen attentif montra que le membre était fixé dans une position plutôt étendue que fléchie; l'avant-bras ne pouvait se ployer que très-peu sur le bras, de manière seulement à laisser voir qu'il n'y avait pas ankylose. L'articulation huméro-cubitale se faisait remarquer par son épaisseur dans le sens antéro-postérieur bien qu'elle eut conservé, de l'épicondyle à l'épitrochlée, son diamètre transverse normal; l'olécrâne était saillant en arrière, et se détachait fortement de l'humérus lorsqu'on cherchait à fléchir l'avant-bras. Le pli de la saignée était saillant, dur et tendu ; enfin le membre, mesuré depuis l'apophyse acromion jusqu'à l'olécrâne, était plus court que celui du côté sain, tandis que l'on trouvait la même longueur des deux côtés, de l'olécrâne à l'extrémité des doigts. La luxation ne parut pas douteuse, et M. Sanson la reconnut aussitôt, bien qu'on lui eût caché le diagnostic de Dupuytren. Il fit un premier essai de réduction avec des aides, mais sans succès. Ce fut alors qu'il en parla à M. le docteur Sédillot, professeur agrégé de la Faculté de Paris, dont on connaît les cures remarquables, obtenues dans le traitement des luxations anciennes, par l'emploi des appareils mécaniques, qu'il a mis à l'abri des accidens et perfectionnés par l'application du dynamomètre; et il fut décidé que l'on procéderait chez ce médecin, à une nouvelle tentative de réduction, le lundi 15 décembre 1834. M. Sédillot fit immédiatement fabriquer un bracelet moulé sur la main de l'enfant, et embrassant exactement l'extrémité inférieure de l'avant-bras, et la partie supérieure de la main jusqu'aux phalanges ; ce bracelet, lacé sur le côté, présentait en avant et en arrière, des anneaux destinés à supporter une partie des efforts extensifs. Afin de ménager l'articulation de l'épaule et d'éviter des tiraillemens quelquefois plus douloureux que ceux de l'article luxé lui-même, la contre-extension ne fut pas appliquée tout entière sur le tronc. Un bandage en peau, appuyé par son plein sur la partie antérieure et inférieure du bras, et dont les extrémités ramenées en arrière étaient fixées à des poulies, servait de principal moyen contre-extensif. L'avant-bras était également tiré en deux directions, d'une part par

les poulies attachées au bracelet de la main, de l'autre, par un second bandage appliqué sur la partie supérieure et antérieure de l'avant-bras, et dont on augmentait la puissance par la pression des mains. De cette manière les os du coude étaient tirés dans des directions contraires, et en même temps dégagés d'un contact trop intime, et par conséquent mieux disposés à la réduction ; deux tentatives suffirent pour l'opérer ; l'épaisseur anormale du pli du bras disparut, ainsi que la saillie de l'olécrâne ; la flexion fut portée au delà de l'angle droit, ce qui avait été complétement impossible depuis l'accident ; ce mouvement toutefois ne put s'effectuer sans une douleur assez vive, ressentie dans le trajet du triceps brachial qui se trouvait subitement alongé, après une contraction tonique de quatre mois. Pour empêcher la luxation de récidiver, M. Sanson plaça plusieurs compresses graduées sur l'olécrâne, et on les y assujétit assez fortement avec une attelle ; l'avant-bras fut maintenu fléchi à angle droit, et l'enfant put regagner son domicile ; la nuit fut calme, et le lendemain il n'y avait ni gonflement, ni endolorissement, et le petit malade repartit pour Compiègne. Aucune complication n'est survenue, les mouvemens se sont peu à peu rétablis, et le membre ne paraît pas avoir été le siége d'un aussi grave accident.

Le Dr Vidal,

Chirurgien sous-aide-major au Val-de-Grâce.

REVUE MÉDICALE

FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

SEPTEMBRE 1836.

Coup-d'œil sur les conditions les plus favorables au traitement des aliénés ; par M. Sabatier, D. M. P.

Il m'a toujours semblé que l'anatomie pathologique, à laquelle, d'ailleurs, la science est si redevable, puisqu'elle a conduit à caractériser, à localiser d'une manière précise un très-grand nombre de maladies, serait longtemps, pour ne pas dire toujours, impuissante à fournir à elle seule les matériaux d'une invariable classification des maladies mentales, surtout en considérant l'inflammation et ses divers phénomènes comme cause essentielle de ces maladies. Il y a, en effet, dans l'aliénation mentale, un caractère spécial qui n'appartient à aucun autre état morbide ; et ce caractère spécial dérive lui-même de la spécialité de l'appareil qui, dans l'état appelé aliénation, est particulièrement influencé. Il va sans dire qu'on entend parler ici de l'appareil nerveux, auquel se rapportent deux grandes fonctions, la sensibilité et l'intelligence ; celle-ci n'étant, au reste, qu'une modification de la première, et ne pouvant exister intacte qu'autant que la source dont elle émane n'est point elle-même anéantie ou profondément altérée. Or, les modes suivant lesquels la sensibilité s'exerce peuvent varier singulièrement, et cela sans qu'il soit possible d'assigner positivement les limites en-deçà et au-delà desquelles les variations doivent appartenir à l'état normal ou à l'état pathologique ; parce que les lois de cet exercice nous sont inconnues. Tout ce que nous pouvons faire, c'est de constater que dans certains cas tel mode de sensibilité a coïncidé avec tel état d'une ou plusieurs parties de l'appareil nerveux, état qui a cessé d'être l'état naturel de ces parties, lesquelles se trouvent alors avoir subi une altération plus ou moins marquée dans leur aspect extérieur, leur forme, leur volume, leur consistance, leur couleur, etc., comparés à l'état normal. Mais à côté de ces cas assez nombreux, sans doute, il en est d'autres où la sensibilité a été modifiée, écartée de son mode ordinaire d'exercice, sans qu'on puisse rencontrer, dans l'appareil auquel elle se rapporte ou dans les diverses parties de cet appareil, d'appréciables modifications dans sa manière d'être ordinaire. Il faut alors en conclure qu'il peut exister des troubles dans l'exercice de la sensibilité sans que les tissus ou les organes chargés de cette fonction soient évidemment lésés, de même qu'une corde de violon peut donner sous l'archet un son faux et discordant sans que la texture de cette corde ait été le moins du monde altérée. Or, si la sensibilité peut être parfois écartée de l'état normal dans son mode d'exercice sans qu'une lésion évidente du tissu soit toujours indispensable pour produire le phénomène, l'intelligence, qui n'est qu'une dépendance de la sensibilité, peut subir par cela même des modifications indépendantes d'une altération réelle du cerveau ; et par conséquent, anatomiquement parlant, peut-on localiser toutes les affections mentales ? Je ne le crois pas ; et c'est là précisément ce qui constitue pour nous le caractère spécial de ces affections. Ceux des médecins qui se sont le plus attachés à localiser ces diverses maladies, et qui ont prétendu assigner à chacune d'elles un caractère anatomique, ont été conduits à admettre des folies sympathiques lorsqu'ils ne trouvaient pas de lésions appréciables dans le cerveau, mais bien dans d'autres organes ou d'autres appareils plus ou moins éloignés. Or, s'il est des cas où l'intelligence peut être viciée dans son mode d'exercice par le seul fait d'un trouble de la sensibilité d'un autre organe sans que le cerveau soit malade primitivement, est-ce localiser l'affection que de rapporter le trouble de la fonction intellectuelle à la lésion d'un autre organe que celui qui est chargé de cette fonction ? Pourrait-on songer à localiser la pneumonie en cherchant son siége dans l'estomac ou le foie, et suffit-il, pour constituer un rhumatisme de l'épaule, que cette affection ait son siége au genou ? Car enfin, si un cancer à l'estomac, si une affection de l'utérus peuvent, comme on l'a vu si souvent, déterminer des délires sympathiques, ce n'est à coup sûr ni l'estomac ni l'utérus qui délirent, c'est le cerveau. Par conséquent, le cerveau peut délirer sans être malade, sans être enflammé, et par le seul fait d'une modification plus ou moins profonde apportée dans l'exercice de la sensibilité générale.

Si l'anatomie pathologique ne nous montre pas dans le cerveau la lésion qui produit l'aliénation mentale toujours aussi clairement qu'elle nous révèle la pneumonie ou la phthisie dans le poumon, la carie dans un os, l'anévrysme dans une artère, c'est que l'aliénation est, à vrai dire, quant à son existence, un phénomène purement vital, qui disparaît quand la vie cesse, comme la lumière disparaît d'une lampe sur laquelle on souffle. C'est une manifestation particulière, une manière d'être qui n'a ni formes, ni étendue, ni dimensions. La rechercher dans les organes que n'anime plus la vie, n'est-ce pas courir après une abstraction ? N'est-ce pas, en effet, après coup que se déduisent à cet égard la plupart des inductions anatomiques ? n'est-ce pas le *post hoc, ergo propter hoc*, sophisme appliqué là comme en

tant d'autres circonstances ? Car on conclut des lésions trouvées à l'aliénation, parce que l'on savait avoir à faire à un sujet qui pendant sa vie en avait offert tous les symptômes. Mais, je le demande, est-il jamais arrivé à un anatomo-pathologiste de déclarer sans hésiter, en examinant les organes d'un sujet inconnu, que cet individu était mort nécessairement dans un état, je ne dirai pas de délire aigu, ce qui est bien différent, mais d'aliénation mentale? Non, tandis que l'élève le moins avancé saura reconnaître, à l'ouverture du premier cadavre venu, si l'individu a succombé à une pneumonie, une gastro-entérite aiguë, une hépatite, etc.

Si, de l'aveu même des localisateurs, l'aliénation mentale ne suppose pas toujours nécessairement une lésion cérébrale matérielle, appréciable, et s'il est vrai que les lésions organiques qu'on peut rencontrer après la mort de certains sujets, ne constituent pas essentiellement les seuls élémens de la folie, il en résultera pour nous cette conséquence, que l'aliénation mentale est un état qui diffère essentiellement des autres états morbides ; et que, en général, les moyens capables seulement d'agir sur les organes, soit d'une manière mécanique, soit par une simple action moléculaire, ne seront et ne pourront être les seuls agens à mettre en usage dans le traitement des aliénés. En effet, par cela même que vous voyez un maniaque, je suppose, n'offrir parfois à votre examen aucun des phénomènes physiques dont l'ensemble constitue pour vous l'état appelé maladie, vous conclurez, *à priori*, que les moyens à l'aide desquels on traite ordinairement les maladies, pourront fort bien ne pas réussir à changer l'état de ce maniaque ; et cette conclusion, logiquement déduite en théorie, se trouvera trop souvent confirmée par l'expérience. Est-ce donc à dire que ces moyens devront être considérés comme inutiles ? Non, mais au moins comme très-souvent insuffisans à eux seuls. L'indication principale à remplir en pareil cas consiste à empêcher, ou pour mieux dire à modérer autant que possible l'activité d'une fonction troublée dans son mode naturel d'exercice ; de même qu'il convient de soustraire un œil enflammé à l'impression d'une lumière vive, avant d'attaquer l'ophthalmie par la série des antiphlogistiques. Dans l'un comme dans l'autre cas, l'accomplissement de ces indications premières est la condition indispensable des succès qu'on veut obtenir. Il importe donc, avant tout, pour le traitement des aliénés, de ne pas activer chez eux l'exercice de la pensée, et la meilleure condition du traitement serait la suspension totale de cet exercice pendant un temps donné, si cette condition était au pouvoir du médecin. Mais à défaut de ce pouvoir, toutes les impressions extérieures auxquelles il est possible de soustraire l'aliéné doivent être soigneusement écartées ; surtout celles sous l'influence médiate ou immédiate desquelles l'aliénation a pu survenir. Voilà pourquoi, à l'égard de ce genre de maladies, certains établissemens bien conçus, bien compris dans leur but et leurs moyens, sont, je ne dirai pas utiles, mais indispensables au traitement de la folie. Ce n'est pas seulement parce qu'ils peuvent être dangereux, parce qu'ils peuvent nuire aux autres et porter le trouble dans leur famille ou leur voisinage, qu'il convient d'éloigner ces malades du foyer domestique : il y va encore plus de leur propre intérêt que de l'intérêt de ceux qui les entourent ; car l'aliénation mentale, en la considérant comme une maladie, offre encore, sous ce rapport, avec les autres états morbides, des différences tellement tranchées qu'il est impossible de ne pas lui reconnaître une spécialité exclusive ; de telle sorte que prétendre traiter un fou comme un malade ordinaire serait commettre un non-sens pathologique et thérapeutique. Par exemple, l'habitation sous le toit domestique, et les soins de la famille, si précieux, si consolans dans les autres maladies, sont plutôt défavorables à l'aliéné. Le repos du corps, si essentiel dans la plupart des maladies, surtout quand elles sont aiguës, ne convient pas à ce dernier ; autant son intelligence a besoin de calme, autant son corps a besoin de mouvement. Ainsi, rompre les anciennes habitudes, éloigner tout sujet d'impressions fortes, mettre le malade en contact avec des objets nouveaux, l'isoler de tout ce qui peut déterminer chez lui le retour des sensations ou des idées sous l'influence desquelles son intelligence a été dérangée du mode ordinaire de ses manifestations, lui imposer une autorité douce mais ferme à laquelle il ne se sente pas la force ou le moyen de se soustraire, lui fournir tous les moyens d'exercer ses forces physiques et de reposer sa pensée, telles sont les premières indications thérapeutiques auxquelles doivent conduire l'étude et l'appréciation des maladies mentales.

Les réflexions qui viennent d'être présentées nous semblaient, par le fait du raisonnement seul, être suffisamment appuyées ; et nous avons pu en apprécier la justesse pendant un assez long séjour que nous fîmes l'été dernier à Vanves, dans le bel établissement créé par nos honorables confrères MM. Falret et Voisin, et consacré par eux exclusivement au traitement des aliénés. Dans l'ensemble des dispositions adoptées par ces médecins, on reconnaît que la condition principale qu'ils ont cherché avant tout, et qu'ils sont parvenus à remplir, a été la possibilité d'isoler plus ou moins complétement leurs malades. Pour arriver à ce résultat si indispensable, il faut avoir à sa disposition, non pas seulement une cour et un jardin de médiocre étendue, mais un espace considérable dans lequel, au besoin, une petite ville pourrait tenir. Dans cet espace, si habilement ménagé d'ailleurs, qu'il semble n'avoir pour limites que l'horison, s'élèvent de petits corps de bâtiment séparés, indépendans les uns des autres, dans lesquels habite, loin du bruit et du monde, la petite colonie de malades. Ceux d'entre eux qui sont agités ou sujets à des accès de fureur, et pour lesquels un isolément complet est nécessaire, habitent des pavillons solitaires, et souvent trouvent bientôt le calme au milieu des bois qui les environnent, des eaux qui coulent paisibles près de leur demeure, et du silence profond qui les entoure.

Si l'isolement et la solitude absolus sont indiqués autant par la nécessité que par le traitement même pour

le fou en fureur, ils sont pour le mélancolique un besoin qu'il ne faut pas chercher à contrarier. Lorsque ces malades se trouvent placés dans des lieux où ils ne peuvent se séparer des autres, leur mal s'irrite, et le calme au lieu de rentrer dans leur esprit s'en éloigne au contraire davantage. Aussi, placez-les dans des conditions telles qu'ils puissent prendre du monde en quelque sorte ce qui leur en plaira ; qu'ils puissent à leur gré où vous éviter, ou venir à votre rencontre ; qu'ils trouvent sous leurs pas, et sans les chercher, des objets qui amusent leur trop uniformes loisirs, et chassent de temps en temps la pensée dominante qui les obsède ; surtout que l'espace soit autour d'eux et que la vue de grilles, de portes, de murailles ne vienne pas à chaque instant leur rappeler qu'ils sont captifs ; car l'idée d'être retenu, d'être enfermé, irrite souvent l'aliéné, quand elle vient se présenter à lui ; et nous en avons vu quelques-uns imaginer les ruses les plus singulières, faire preuve d'une incroyable patience pour parvenir à s'évader des lieux où ils recevaient les soins les plus éclairés, les meilleurs traitemens, les égards les plus minutieux, et où eux-mêmes se trouvaient d'ailleurs fort bien. C'est donc un soin qui n'est pas inutile, de dérober autant que possible à leurs yeux la vue de grilles, de portes, de murailles, et de ménager d'heureux accidens de terrain, pour empêcher que ces murs qui les environnent n'étalent sans cesse à leurs yeux leur désespérante monotonie. Au contraire, il convient, en exerçant sur eux une surveillance attentive, de leur offrir toutes les apparences de la plus entière liberté, et l'on sent combien la disposition des localités est importante à cet égard. C'est dans l'ensemble d'une foule de détails de ce genre que consiste l'une des parties les plus essentielles de la thérapeutique de l'aliénation mentale, celle pourtant qu'on avait le plus complétement négligée, méconnue avant que Pinel, avant que M. Esquirol surtout en eussent fait ressortir l'importance. Il est même encore des pays où ce grand principe de la thérapeutique de l'aliénation mentale a si peu prévalu contre une habitude vicieuse et d'indestructibles préjugés, que les moyens coërcitifs les plus violens et les traitemens les plus capables d'exaspérer l'état des aliénés sont employés cependant comme les plus simples, les plus naturels à l'égard de ces infortunés ; c'est qu'on ignore dans ces pays tout le parti qu'on peut tirer en leur faveur de la solitude, de l'isolement et de la liberté. Certaines institutions de Belgique sont fondées principalement sur ces trois données essentielles, et la répartition des aliénés en petites colonies agricoles prouve, mieux que les chaînes, les cellules, la réclusion et l'encombrement, jusqu'à quel point l'on se trompe en condamnant tous les fous à une séquestration complète ; en les séparant du monde sans les isoler les uns des autres ; en les vouant tous ainsi à l'incurabilité, lorsque par des moyens contraires il y a chance d'en voir un assez grand nombre revenir à la raison, et par cela même à leurs rapports de famille et de société. Il suffit de voir combien l'indépendance et la liberté sont pour l'homme d'impérieux instincts, pour se convaincre qu'en résistant toujours à leur manifestation, on ne peut qu'aggraver l'état de ces malades. Un de nos confrères, qui fut attaché à l'établissement de Charenton, nous a rapporté que, quelquefois, lorsqu'il jugeait la chose possible, M. Esquirol laissait sortir un malade sur sa demande avec promesse de revenir à une heure convenue, et la promesse était exactement tenue. C'était à coup sûr faire un pas immense vers la guérison.

L'importance de l'isolement dans un très-grand nombre de cas de maladies mentales, sera d'autant mieux appréciée qu'on réfléchira davantage à la facilité avec laquelle certaines affections du système nerveux sont susceptibles de se communiquer ou de s'exaspérer par imitation. La contagion dans ce cas n'est pas, il est vrai, le résultat d'un miasme, d'une effluve absorbable par la peau ou par le poumon. C'est une impression première reçue par les centres nerveux qui ensuite tend à se reproduire sous la même forme, à se répéter par suite de l'habitude même. On a dit, et non sans raison, qu'une habitation constante au milieu des fous pouvait finir quelquefois par ébranler la raison d'un homme sensé. Le fait est qu'on peut citer quelques exemples de médecins de fous qui sont devenus fous eux-mêmes, et cela sans autre cause probable que leurs nombreux et journaliers rapports avec les aliénés et leurs études dirigées constamment sur l'aliénation. Ainsi, de même que dans les prisons l'encombrement des individus et leurs rapports incessans achèvent de détruire le peu de moralité qui leur restait, ces tristes lieux se trouvant être à la fois un double foyer d'infection où le typhus moral tue les consciences, comme le typhus proprement dit tue les corps ; de même le contact incessant des aliénés les uns avec les autres, la nécessité de rapports continuels entre les individus placés dans des conditions telles qu'ils ne puissent se séparer lorsqu'il en serait besoin, peuvent exercer sur leur état réciproque une influence des plus fâcheuses. Je dis peuvent, car dans la thérapeutique de l'aliénation, comme dans celle des autres maladies, il n'y a pas de règle absolue. Si l'isolement, en effet, est un principe généralement recommandable et nécessaire, il est des cas cependant où son application trop rigoureuse serait nuisible. C'est au médecin exercé à l'observation de ces malades à saisir ces nuances, et à en tirer le parti le plus avantageux ; à graduer en quelque sorte l'isolement suivant les conditions du malade ; quelquefois même à rejeter pour lui l'emploi de ce moyen, et à le mettre immédiatement en rapport avec d'autres malades plus capables d'agir favorablement sur lui, que tous les conseils ou les remèdes qu'on pourrait lui donner. Un fait de ce genre s'est passé dernièrement à Vanves : une dame affectée d'un délire partiel dont rien n'avait pu la guérir chez elle, entra dans cet établissement. Très-peu de temps après cette dame ayant causé avec deux ou trois autres malades comme elle, s'aperçut bientôt par quel point péchait la raison de ses voisines, et faisant alors application à elle-même de son propre raisonnement, elle se convainquit bientôt que puisque ses compagnes déliraient sur certaines points sans s'en apercevoir, il de-

vait en être de même pour elle à l'égard des idées qui la tourmentaient, et que pour la première fois alors elle trouva fausses et erronnées. Ainsi, cette malade, que ni les remontrances, ni les conseils de sa famille, ni les moyens thérapeutiques n'avaient pu guérir, se trouva guérie par quelques heures de conversation avec des folles.

On voit, d'après ce qui vient d'être dit, de quelle importance sont pour le traitement de l'aliénation mentale les dispositions des localités et la nature des établissemens. On doit à M. Esquirol d'avoir particulièrement insisté sur l'importance de ces dispositions ; et si tous les établissemens de ce genre ne sont pas aussi parfaits que ceux d'Ivry ou de Vanves, du moins comprend-on plus généralement aujourd'hui la nécessité de s'en rapprocher le plus possible, parce qu'on sent mieux que jamais aujourd'hui que le traitement des aliénés borné aux seuls moyens pharmaceutiques ou chirurgicaux serait en générale incomplet et insuffisant. Nous disons en général, parce qu'il existe en effet des cas où ces moyens seuls peuvent suffire. Ainsi, suivant les indications, on a vu souvent les saignées générales ou locales, l'emploi de révulsifs énergiques appliqués à la peau, d'exutoires, etc., amener les meilleurs résultats. Nous n'ignorons pas aussi que des faits très-dignes de remarque prouvent que certains désordres de l'intelligence peuvent être la conséquence d'une lésion toute locale d'une faible portion du système nerveux. On a vu, par exemple, chez un individu, des accidens d'aliénation mentale reconnaître pour point de départ l'affection d'une dent, et persister, malgré tous les moyens mis en usage pour les combattre, jusqu'à ce que, par le conseil d'un médecin expérimenté, l'avulsion de cette dent eût été pratiquée: dès-lors tous les accidens disparurent. Des faits de ce genre ne doivent jamais être perdus de vue, bien qu'ils appartiennent plutôt aux exceptions qu'aux généralités. Ils prouvent que dans l'investigation des causes, soit prédisposantes, soit occasionnelles, on ne saurait apporter une trop scrupuleuse attention. Ce serait à coup sûr simplifier à la fois l'étiologie et la thérapeutique de l'aliénation que de la faire toujours dépendre d'une affection organique locale. Une telle idée a dû paraître trop séduisante pour n'être pas poursuivie et systématisée ; mais la nature ne se plie pas toujours facilement au gré des théories ; elle nous les laisse bâtir et va son train. Elle nous montre, à cet égard, des causes bien diverses produisant des effets analogues. Or, toutes les fois qu'une cause locale bien évidente ne se traduira pas, les moyens locaux auront par cela même bien plus de chances de succès dans le traitement de l'aliénation ; et c'est alors que les moyens généraux et surtout l'hygiène devront être méthodiquement appliqués. Cette dernière comprendra en première ligne l'isolement habilement dirigé, l'air, l'habitation, l'alimentation, l'exercice; et les secours qu'elle offrira à l'aliéné sous ces divers rapports seront à coup sûr au nombre de ceux qui pourront avoir sur son état la plus grande comme la plus salutaire influence.

De la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur ; par M. Raoul Chassinat, docteur en médecine de la faculté de Paris (1).

La dilatation totale d'une ou de plusieurs des cavités du cœur, simultanément est une lésion assez connue, et sur laquelle depuis longtemps l'attention des observateurs s'est arrêtée. Mais il n'en est pas ainsi de la dilatation partielle de cet organe, en un point quelconque de son étendue, altération qui constitue une véritable poche anévrysmale communiquant avec un ventricule ou une oreillette, par un orifice plus ou moins étroit, et plus ou moins lisse et poli.

Les faits de ce genre ont été rarement observés ; et dans tous les cas, l'altération n'a été reconnue qu'à l'autopsie cadavérique, aucun signe n'ayant pu, pendant la vie, faire soupçonner son existence. De là, l'obscurité qui enveloppe son histoire ; c'est pour répandre sur elle quelque lumière, que j'ai entrepris d'écrire cette dissertation. Puissent mes efforts être couronnés de succès!

Historique de la maladie.

Selon M. Ollivier (2), le premier fait de ce genre a été observé par Don Guzmon Galenti, et inséré dans le t. IV de ses Commentaires de Boulogne, édit. de 1757. Cependant je dois dire qu'il m'a été impossible de le trouver au lieu indiqué.

Dans les nouveaux mémoires de l'Académie de Berlin pour l'année 1785, on trouve une autre observation de dilatation partielle du ventricule gauche du cœur. Ce fait avait été publié par Walter le père ; il lui avait été transmis par son maître Büttner, professeur d'anatomie à Kœnisberg, lequel l'avait recueilli en 1759.

Mais antérieurement à ces deux auteurs, Puerurius (3) avait énoncé un cas de rupture de la veine cave, qui eut pour cause, selon lui, une *tumeur ovoïde de l'oreillette droite.* Une altération semblable de l'oreillette gauche fut observée par Panada (4) en 1799. Ce sont les deux seuls faits de dilatation partielle des oreillettes que l'on connaisse : aussi ne m'occuperai-je pas de cette altération dans ce mémoire, ne voulant parler que de la dilatation partielle du ventricule gauche, aucune lésion de ce genre n'ayant encore été observée dans le ventricule droit.

Dans son Précis d'anatomie pathologique, Baillie (5)

---

(1) Ce mémoire nous a été adressé par l'auteur, qui ayant fait subir des changemens et des corrections au travail qui avait servi de base à sa dissertation inaugurale, a désiré que cette nouvelle édition fut publiée dans la *Revue*.

(*N. R.*)

(2) Dict. de méd., 2e édit., t. VIII, art. COEUR.

(3) Ob. select. add. Burneti thesauro med. pract. lib. III, sect. 68, p. 345.

(4) Mem. di matematic. e di fisic. della Soc. ital. delle sc., tomo XI, p. 545.

(5) Traduction de M. Guerbois. Paris, 1815, in-8, p. 20.

rapporte une troisième observation de la maladie qui nous occupe, et Zannini à propos de ce fait en cite un autre fort important et fort curieux, dans une traduction italienne de cet ouvrage qu'il publia en 1819 (1).

Dans le courant d'octobre 1796, Corvisart (2) eut occasion d'observer une dilatation partielle du ventricule gauche du cœur, sur un nègre de 27 ans qui vint mourir à l'hôpital de la Charité. Il consigna ce fait dans son ouvrage, il l'avait été déjà dans un recueil périodique par Monricheau-Beauchamp (3).

A l'occasion de cette observation, Corvisart, dans l'ouvrage cité, rapporte un fait emprunté à Lieutaud comme un second exemple de la lésion qu'il venait de décrire. Selon M. Dezeimeris (4), ce fait fut d'abord inséré dans le journal de M. Blegny (nouvelles découvertes sur toutes les parties de la médecine), et il ne se trouve pas dans les Éphémérides des curieux de la nature, comme Corvisart l'a écrit d'après Lieutaud; et comme on l'a répété depuis, cette observation porte en elle quelques caractères un peu suspects. D'ailleurs, telle qu'elle est rapportée, il est impossible de la considérer comme une dilatation partielle du ventricule gauche, *communiquant avec la cavité de ce ventricule*. Ce fait ne pouvait donc pas être rapproché de celui de Corvisart : aussi, retrouvé dans d'autres recueils, a-t-il été pris pour un cancer par quelques auteurs, et pour un fongus par un autre. Je n'en tiendrai donc ici aucun compte.

Autant il est utile, pour l'histoire d'une maladie, de rassembler le plus grand nombre possible d'observations publiées à son sujet, autant il est pernicieux de regarder comme lui appartenant des descriptions dont elle n'a pas été l'objet. Cette considération m'engage à rapprocher du fait que je viens de citer, le rejetant comme lui, cet autre mentionné par J. F. Meckel, dans sa dissertation inaugurale (5). Le voici, je le cite à dessein, sans le traduire :

. . . . . *Ventriculi superficie externâ cystis est diametri ad minimum pollicaris. Membrana quâ formatur, lineam fere dimidiam æquas crassitudine et, locis compluribus, ossei quid continet. Musculosa cordis structura* neque sub, neque juxta eam, *degenerata est, præter notabilium in crassationem, etc.....* M. Dezeimeris (mém. cit.) avait rapporté ce fait à un anévrysme partiel du cœur. Cela venait de ce que dans le recueil où ce savant l'avait puisé, on avait oublié de mentionner ces mots : *neque sub, neque juxta eam.....*, qui signifient évidemment qu'aux environs du kyste et au-dessous de lui, *sub*, c'est-à-dire du côté du ventricule, la substance du cœur était saine; la tumeur ne communiquait donc pas avec la cavité du ventricule. C'est aujourd'hui l'opinion que, à ce qu'il m'a dit lui-même, a adoptée M. Dezeimeris, après avoir remonté à une source plus certaine.

Jusqu'à Kreysig (1) aucune observation, ni aucune remarque nouvelle, relatives à la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur, ne peuvent être mentionnées. Cet auteur, en se contentant de rapporter quelques faits déjà connus, les accompagne de quelques réflexions qui ne jettent que peu de jour sur l'histoire de la maladie.

Dans l'ouvrage de MM. Bertin et Bouillaud (2), publié en 1824, il n'est parlé de cette affection que dans une note dans laquelle on cite le fait de Corvisart. Du reste, les auteurs ne fixent pas davantage leur attention sur la maladie, « n'ayant jamais, disent-ils, observé rien de » semblable. »

Au commencement de l'année 1826, M. Bérard aîné consigna, dans sa dissertation inaugurale (3), deux exemples remarquables de dilatation partielle du ventricule gauche du cœur : l'un lui était propre, l'autre avait été observé par M. Bérard jeune, dans le service de M. Bally, à l'hôpital de la Pitié.

Dans son ouvrage, Laennec (4) répète le premier de ces deux faits, ainsi que celui de Corvisart, en les faisant suivre de quelques courtes réflexions énoncées avec un point de doute.

Enfin parut, en 1827, le mémoire de M. Breschet (5) sur *l'anévrysme faux consécutif du cœur*, nom qu'il donne à la maladie qui nous occupe. Ce mémoire renferme quatre observations nouvelles : deux, communiquées par Dance et M. le professeur Cruveilhier, étaient publiées pour la première fois, ainsi que la troisième qui fut recueillie par MM. Briest et Breschet, et qui eut pour sujet Talma; quand à la quatrième, c'est la description d'une pièce anatomique placée dans les cabinets de la Faculté de médecine de Paris. M. Breschet avoue que, pendant longtemps, il a pensé qu'elle représentait le cœur du nègre qui fait le sujet de l'observation de Corvisart; mais qu'après un plus mûr examen, il a cru devoir changer d'avis. Pour moi, m'appuyant sur cette espèce d'incertitude de M. Breschet lui-même, sur les traditions conservées parmi les gardiens des collections, qui ont attribué cette pièce à Corvisart, et surtout sur un examen comparatif de cette même pièce, et de la description donnée par cet auteur, j'ai été porté à être d'une opinion con-

(1) Anat. pathol., ec., di Matt. Baillie, vol. I, page 27.—Aneurismo del cuore, n. 17 et 18 [illegible] Venezia, 1819.

(2) Maladie du cœur, etc., 2e édition, observation XLII, page 173.

(3) Rec. de la Soc. de méd. de Paris, année 1797, tome V, p. 292.

(4) Aperçu des découv. faites en anat. pathol. (Arch. de méd., t. XXI, ann. 1829.)

(5) Comment. lips., t. XXXVII, p. 547. — Dissert. de cordis condit. abnorm. Halle, 1802, in-4.

(1) Malatt. del cuor; traduz. del tedesco di G. Ballarini. Pavia, 1821, vol. IV, passim.

(2) Maladies du cœur, etc., in-8°, 1824, p. 387.

(3) Thèses de Paris, ann. 1826, in-4°, n° 23.—Arch. gén. de méd., t. X, p. 364.

(4) De l'auscultation médiate; 2e édition, t. II, p. 527.

(5) Repert. gén. d'anat. et de physiol. pathol. Paris 1827, in-4°, t. III, p. 183.

traire à celle du savant académicien : aussi croirais-je faire double emploi, si je tenais compte de la description de cette préparation anatomo-pathologique.

A peu près à la même époque où M. Breschet publiait les trois observations qu'on vient de lire, un médecin anglais, le docteur Robert Adams (1), dans un mémoire sur les dilatations du cœur, rapportait deux cas de la maladie qui fait le sujet de cette dissertation. Le premier lui avait été communiqué par le docteur Cusack, et la pièce pathologique existe dans le musée anatomique de Park-Street; le second avait été recueilli par M. Harrison.

En 1829, M. le docteur Reynaud (2) publia une observation très-remarquable de deux sacs anévrysmaux dans le même cœur. Dans le même article il inséra un autre cas de dilatation partielle du ventricule gauche qui lui avait été communiqué par M. Carswell. La pièce pathologique en est conservée dans le musée anatomique de l'hôpital de Chatham.

Un dernier fait fut inséré par M. Rignardi (3) dans les Annales de médecine de Milan pour l'année 1829; il l'avait observé en 1823. Ce fait fut traduit la même année dans les Archives générales de médecine.

Cette année, dans la seconde édition du Dictionnaire de médecine, à l'article Coeur, M. Ollivier (*loc. cit.*) a résumé l'état de la science sur la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur; il a rapporté tous les faits que je viens d'indiquer en les accompagnant de quelques réflexions générales empruntées pour la plupart aux auteurs qui avaient observé la maladie qui nous occupe.

Tels étaient les cas de dilatation partielle du ventricule gauche renfermés dans les Annales de la science; ils étaient au nombre de quinze, quand, dans le courant de l'année dernière (1834), j'ai eu occasion d'en observer un fort remarquable à l'hôpital de la Pitié, dans le service de M. le professeur Rostan. Je vais citer ce fait avec détails.

Observation.

Chevalier, bourrelier de profession, âgé de 65 ans, d'une forte constitution, d'une taille peu élevée, avait toujours joui d'une bonne santé; seulement, il dormait habituellement beaucoup, et était sujet à de fréquentes migraines qui n'offraient rien de régulier dans leur apparition.

Le 20 mars 1834, après avoir déjeuné comme à son ordinaire, sans aucun phénomène cérébral précurseur, il tomba sans connaissance; revenu à lui, une heure après, il s'aperçut qu'il était paralysé du côté gauche du corps. En outre, pendant huit jours il rendit les urines et les matières fécales involontairement.

Deux mois après son accident, c'est-à-dire le 28 mai, le malade entra dans l'hôpital de la Pitié. Il s'offrit dans l'état suivant : apparence de santé, teint assez coloré, physionomie naturelle, légère déviation à droite de la commissure des lèvres. Paralysie complète du mouvement seulement dans le membre pelvien gauche, avec légères douleurs; œdème de la jambe et du pied paralysés. Le membre supérieur est revenu à son état normal. Ni céphalalgie, ni insomnie; sens intacts, intelligence normale. Soif et anorexie; du reste, fonctions digestives saines; défécation et miction volontaires. Respiration un peu difficile; toux, crachats muqueux peu abondans.

Le malade dit ne jamais avoir éprouvé de douleur dans la région précordiale; jamais il n'a eu de palpitations. La percussion fait entendre un son mat dans une étendue plus grande qu'à l'ordinaire, dans le région du cœur; le bruit et l'impulsion résultant des contractions de l'organe ne présentent rien de particulier; il n'existe aucun bruit anormal. Le pouls, d'un développement ordinaire, donne 84 pulsations par minute; il est sensiblement plus faible à gauche qu'à droite. Il m'a été impossible d'obtenir aucun autre renseignement commémoratif sur l'état antérieur des organes circulatoires. (Saignée de 12 onces, tisane de chien dent avec crême de tartre.)

Les jours suivants, le délire s'empara du malade; il s'y joignit d'autres phénomènes annonçant un travail de ramollissement autour du caillot apoplectique. A la même époque une double pneumonie se déclara; ses symptômes s'unirent à ceux de l'encéphalite, et dès-lors la perte du malade parut certaine. Cependant, au milieu de ces graves désordres, les organes de la circulation n'offrirent rien de plus saillant que lors du premier examen.

Enfin, le malade ne put résister aux causes de destruction accumulées contre lui; il succomba le 22 juin, vigt-cinq jours après son entrée à l'hôpital.

Deux jours avant la mort, une abondante hémorrhagie avait eu lieu à trois reprises différentes dans le canal intestinal; et une grande quantité de sang noir, fétide, en partie liquide, en partie coagulé, avait été rendue par les selles.

Autopsie faite trente-six heures après la mort, par une température de 18° R.

Tête et rachis. — Méninges pâles, baignées de sérosité; même aspect des circonvolutions cérébrales, excepté sur le lobule postérieur droit, où les membranes adhérent, et qui présente une injection rougeâtre avec un peu de boursouflement. Au centre de ce lobule existe un kyste hémorrhagique du volume d'une amende, tapissé par une membrane assez dense, et rempli de sérosité jaune rougeâtre, et entouré d'une masse ramollie, rosée, de la grosseur d'un œuf de poule. Dans

(1) Cases of diseases of the heart accomp. with pathol. observat., in Dublin hosp. reports, mars 1827, vol. IV, page 353, 408, 413.

(2) Journal hebdom. de méd., année 1829, n° 22, tome II, p. 363.

(3) Annali univ. di med. Milano, 1829, in-8°, n. di gennaio. — Arch. génér. de médecine, Paris, année 1829, tome XIX, p. 428.

le corps strié et dans la couche optique du même côté se rencontrent deux petits kystes de même nature, mais sans ramollissement environnant. A la partie moyenne et supérieure de l'hémisphère gauche il en existe un quatrième un peu plus volumineux que les deux précédens, entouré d'un ramollissement peu profond. Le cervelet et la protubérance annulaire sont dans l'état sain. Les artères de la base du cerveau présentent quelques point ossifiés. Il n'y a rien dans la moelle épinière.

Poitrine. — Le poumon droit est hépatité en rouge dans sa moitié inférieure. Il est infiltré d'une sérosité sanguinolente dans le reste de son étendue. Le gauche est revenu sur lui-même; à sa partie inférieure existe une portion hépatisée de la grosseur d'un œuf.

Le cœur recouvert de son enveloppe fibro-séreuse, offre un volume beaucoup plus considérable que dans l'état normal. Le péricarde ne contient que très-peu de sérosité brunâtre. Le cœur est volumineux et très-allongé dans le sens vertical. Il n'existe aucune trace de déchirure à sa surface. Il offre à sa pointe une tumeur arrondie du volume environ d'un gros œuf de poule. Cette tumeur, à son point de réunion avec la partie supérieure du cœur, présente un rétrécissement peu marqué, indiqué par un léger sillon. La face postérieure de cette tumeur, dans une étendue de deux pouces carrés environ, adhère au péricarde. Dans cette partie, et à une petite distance aux environs, cette membrane présente quelques taches brunâtres assez larges : de plus elle est évidemment épaissie. Le ventricule droit du cœur offre une légère hypertrophie excentrique de ses parois; le sommet de la cavité aboutit à deux lignes au-dessus du sillon qui se remarque à l'extérieur. Le ventricule gauche offre la même altération dans les deux tiers supérieurs de ses parois, qui dans certains points ont une épaisseur de sept à huit lignes. Mais à la partie inférieure ou pointe, il existe une altération remarquable. A partir d'un point marqué par une légère saillie circulaire, correspondant au sillon extérieur dont j'ai parlé, l'épaisseur des parois va en diminuant jusqu'à la partie la plus déclive, qui n'a plus guère que l'épaisseur d'une ligne en y comprenant le feuillet viscéral du péricarde. Cet amincissement de la pointe du ventricule gauche existait conjointement avec une dilatation considérable qui donnait lieu en ce point à une cavité arrondie d'un pouce et demi de diamètre en tous sens. Cette cavité, dont j'étudierai plus tard les parois, était remplie par une masse polypiforme. La surface libre de cette masse limitait en bas la cavité du ventricule; il en résultait que cette cavité avait à peu près la forme d'un cône creux tronqué dont la base serait en bas. Fendue dans toute son épaisseur, la masse polypiforme s'est trouvée formée par la superposition de plusieurs couches fibrineuses absolument semblables à celles des anévrysmes des artères. Ces couches, d'épaisseur différente, étaient séparées les unes des autres en totalité ou en partie par un liquide rougeâtre sanieux assez épais. Leur consistance allait en augmentant des plus superficielles aux plus profondes; leur couleur était jaune rougeâtre; elles présentaient des traces évidentes d'organisation. La masse entière adhérait intimement aux parois de la cavité qui la contenait, excepté tout-à-fait en bas, où elle en était séparée, dans un espace d'un pouce carré environ, par une certaine quantité de ce liquide sanieux dont j'ai parlé déjà. Les parois de la cavité que je viens de décrire avaient, comme je l'ai dit, une épaisseur qui décroissait de haut en bas, depuis un quart de pouce jusqu'à une ligne seulement. La surface intérieure de ces parois débarrassée en quelques points et avec assez de peine des concrétions fibrineuses qui y adhéraient, n'offrait plus aucune trace de colonnes charnues; elle était à peu près lisse, à part les irrégularités marquant les points d'adhérence des couches fibrineuses. La membrane interne du ventricule était à peu près saine dans sa partie supérieure. Elle descendait évidemment dans l'intérieur de la cavité anévrysmale qu'elle tapissait complètement, mais elle avait perdu le caractère qu'elle présente dans l'état normal; elle était en effet épaissie, dense, blanchâtre en certains points, et colorée dans d'autres par la sanie rougeâtre qui séparait les couches fibrineuses. La tunique musculaire existait encore, et sans aucune solution de continuité appréciable dans toute l'étendue du sac; mais elle était pâle, extrêmement amincie, et réduite en une espèce de membrane. Le feuillet viscéral du péricarde, qui formait la tunique la plus extérieure de ce sac, était opaque, et offrait çà et là des taches brunâtres; sa consistance semblait un peu augmentée, mais en aucun point il n'était cartilagineux. La poche anévrysmale offrait encore assez de résistance pour ne pouvoir être que très-difficilement rompue. Les orifices du cœur étaient libres.

Au niveau de l'origine des artères sous-clavière et carotide gauches, l'aorte présentait quelques points épaissis et cartilagineux.

Abdomen. — L'estomac et les intestins étaient distendus par une grande quantité de sang verdâtre, en partie coagulé et décomposé. La membrane muqueuse gastrique était d'un rouge brun très-intense, surtout au niveau du grand cul-de-sac.

Le foie était normal; la rate était un peu ramollie.

Ces observations assez nombreuses démontrent, à n'en pouvoir douter, que le ventricule gauche du cœur est susceptible de se dilater partiellement, et toujours avec amincissement des parois; de plus, elles font voir en quelque sorte les différentes phases que parcourt la dilatation et les différens degrés qu'elle peut atteindre; car on peut les considérer comme à son début dans l'observation de M. Reynaud, où elles n'égalent que le volume d'une noisette, tandis que dans plusieurs autres, notamment dans celle que j'ai rapportée, elle peut être considérée comme parvenue à son *summum* de développement.

Nature et mode de formation de la maladie.

La dilatation partielle du ventricule gauche du cœur

étant bien constatée, est-il possible de se rendre compte des lois qui ont présidé à sa formation ? s'est-elle développée sous les mêmes influences que la dilatation totale du ventricule ? ou bien doit-on l'envisager comme tout à fait semblable, sous le point de vue de sa formation, à l'anévrysme faux consécutif des artères, en adoptant sur cette dénomination les idées de Scarpa ? ou bien enfin, doit-on penser que des conditions particulières ont été nécessaires pour que son développement ait lieu ? ce sont autant de questions que je vais examiner.

Et d'abord doit-on considérer la dilatation partielle du ventricule gauche comme dépendant identiquement des mêmes causes et formée sous les mêmes influences que la dilatation générale ? je ne le pense pas ; je crois au contraire que l'on peut saisir quelques différences.

En effet, depuis longtemps on s'était aperçu que la dilatation générale d'une cavité du cœur avec amincissement de ses parois, coïncidait avec un obstacle apporté au cours du sang, soit aux orifices, soit sur le trajet des gros vaisseaux. On rechercha quel rapport pouvait exister entre ces deux faits démontrés par l'observation. On reconnut que, puisqu'il y avait un obstacle à faire surmonter au sang, le cœur devait redoubler d'énergie pour en triompher. Si maintenant, par suite d'une disposition organique de son tissu, inconnue dans son essence, il ne pouvait chasser complétement le sang et cédait toujours sous l'effort de résistance de ce liquide, il devait en résulter une dilatation de la cavité qui était le siége de l'altération, avec amincissement de ses parois, comme cela arrive pour la vessie, quand elle est distendue outre mesure par l'urine, dans les cas d'oblitération complète ou incomplète de l'urètre. Mais on observa aussi des dilatations des cavités du cœur avec amincissement de ses parois, sans qu'il fût possible de découvrir un obstacle appréciable au cours du sang, soit aux orifices, soit dans les gros vaisseaux. Alors, pour expliquer la lésion organique du cœur, on la rattacha à une disposition générale agissant sur le cœur comme sur les autres organes de l'économie, et tendant à diminuer la force de résistance de ses fibres musculaires, c'est-à-dire à produire un véritable ramollissement d'où devait nécessairement résulter un amincissement des parois de l'organe. A une époque plus moderne on pensa que l'inflammation n'était peut-être pas sans influence sur la formation de cette altération, que l'on considéra alors comme consécutive à la cardite. Il pouvait se faire, en effet, que l'inflammation de la substance du cœur eût pour résultat le ramollissement de cette substance et partant son affaiblissement. Des faits démontrèrent la vérité de cette opinion.

Ces causes de dilatation d'un ventricule sont faciles à admettre ; leur action se comprend fort bien ; mais toutes agissent d'une manière générale sur ce ventricule. En effet, un obstacle au cours du sang excitera l'augmentation d'action de tout le ventricule, et il devra en résulter une altération générale de toute cette partie. Il en sera de même de l'inflammation étendue à tout ce ventricule, elle produira encore une lésion consécutive de totalité. Ces deux causes ne peuvent donc servir à expliquer une dilatation partielle. Il en serait de même *à fortiori* de la cause générale dont j'ai parlé.

Pour une lésion locale, il faudra donc nécessairement admettre une cause agissant localement. Quelle sera cette cause ? c'est maintenant ce que je dois examiner. Voyons d'abord quelle est à ce sujet l'opinion émise par les différens auteurs qui ont parlé de la maladie qui nous occupe.

M. Galenti (*loc. cit.*), ni Walter (*loc. cit.*), ne cherchent à se rendre compte de la formation de la maladie qu'ils décrivent. Ce dernier seulement pense que, eu égard à la conformation du ventricule gauche, tout le sang ne pouvant passer dans l'aorte devait nécessairement s'accumuler dans la partie dilatée, et la dilater par conséquent de plus en plus. Cela n'est que l'exposition d'un fait consécutif à la dilatation, et non une explication de son existence.

Suivant Baillie (*ouv. cit.*), la tumeur aurait pour première origine une faiblesse absolue et relative des fibres de la portion du cœur dilatée : alors cette partie ayant perdu sa force de résistance, se laisse allonger et distendre graduellement sous l'effort du sang poussé contre elle par les contractions des parois du ventricule. Baillie reconnaît qu'il faut admettre une altération locale du ventricule ; il veut que ce soit une faiblesse plus grande des fibres, je l'accorde ; mais quelle est la cause de cette faiblesse locale ? il ne le dit pas.

Corvisart (*loc. cit.*) sentit aussi la nécessité d'invoquer une cause agissant localement pour expliquer la formation de la tumeur qu'il eut occasion d'observer. Aussi l'entend on se demander : « Serait-ce à une rup-
» ture incomplète des parois musculeuses intérieures
» du cœur qu'on pourrait l'attribuer ? Dans cette
» supposition, une couche interne de la substance
» musculaire du cœur se serait-elle déchirée par une
» cause quelconque ? les couches externes demeurées
» intactes, auraient-elles éprouvé une dilatation et
» formé une tumeur anévrysmale ? » Cet auteur célèbre ne se prononce positivement sur aucune de ces questions.

Plus tard, Kreysig, Laennec (*ouv. cit.*), adoptèrent cette opinion, mais avec une espèce d'incertitude. Il leur sembla que l'on pouvait considérer l'anévrysme partiel du cœur comme dépendant d'une ulcération de la membrane interne et des fibres les plus intérieures des parois du ventricule. C'est aussi le sentiment de Zannini (*loc. cit.*).

En admettant l'opinion de ces auteurs comme démontrée, il est facile alors d'expliquer la dilatation partielle. En effet, l'effort du sang par suite de la contraction du ventricule en agissant directement sur ce point affaibli, tend à le pousser de dedans en dehors, et partant à opérer une dilatation avec amincissement. Mais ainsi que le fait observer M. Bouillaud (1), « semblable en cela aux membranes séreuses avec les-

(1) Dict. de médec. et de chirur. prat., tome IV, p. 708, art. CARDITE.

» quelles elle a tant d'autres analogies, la membrane » interne du cœur ne s'ulcère que très-rarement. » Et d'ailleurs, les faits s'opposent évidemment à ce que cette théorie soit admise : ainsi dans les observations de MM. Harrison, Reynaud, dans celle que j'ai citée et dans d'autres encore, non-seulement les fibres musculeuses, mais encore la membrane interne elle-même étaient intactes. Et, pour les cas où leur rupture existait, j'essaierai plus loin de rendre compte de la manière dont elle s'est opérée. On ne peut donc pas admettre que, dans tous les cas au moins, le développement de la tumeur soit précédé d'une ulcération.

M. Breschet (*mém. cit.*) pense que la dilatation succède à une rupture de la membrane interne et des fibres musculaires du cœur, mais il n'admet pas que cette rupture soit une ulcération. Il demande, à ce sujet, pourquoi l'ulcération se ferait plutôt dans un point que dans un autre, et comment on pourrait se rendre compte par elle du siége presque constant des dilatations sur la pointe du cœur? Ne croyant pas qu'il y ait de réponse possible à ces deux questions, ce savant anatomiste en conclut que la supposition d'une ulcération préalable ne peut pas être admise. Alors pour expliquer cette fréquence plus grande des dilatations partielles à la pointe du cœur, et en même temps pour donner une théorie de leur formation, M. Breschet part de cette vue anatomique, savoir : que les parois du ventricule gauche sont incomparablement plus minces au sommet que partout ailleurs. Il trouve dans cette disposition la cause véritable de la dilatation partielle, d'autant mieux qu'il admet, en outre, que l'hypertrophie du reste du ventricule accompagne toujours cette altération, et même est nécessaire à sa formation. Il s'appuie encore sur ce fait, que les ruptures du cœur ont, dit-il, plus souvent lieu à la pointe que dans toute autre partie du ventricule gauche. Voici ses propres paroles : « Quoique ces » ruptures aient été observées dans différens points du » cœur, cependant c'est principalement sur le ventri- » cule gauche, et *le plus souvent au sommet de ce* » *ventricule*, que les praticiens disent les avoir ren- » contrées. » Or, comme il le dit ailleurs, la plus grande analogie existe entre la dilatation partielle et la rupture du cœur; la théorie qui expliquera les unes pourra servir à expliquer l'autre.

Ainsi donc, partant de ces différens points, savoir : 1° que la dilatation partielle du cœur doit être assimilée à sa rupture, 2° que ces deux lésions sont beaucoup plus fréquentes au sommet du cœur qu'ailleurs, 3° que l'hypertrophie du ventricule existe toujours dans ce cas, 4° que dans cette hypertrophie le sommet conserve à peu près son épaisseur naturelle et par conséquent est relativement beaucoup plus mince que le reste des parois, M. Breschet établit ainsi la théorie.

Il pense que le sang étant continuellement poussé par les contractions de la partie la plus forte du ventricule contre la partie la plus faible, son sommet, il en résulte tôt ou tard un éraillement, même une déchirure des fibres les plus intérieures et cela sans qu'il soit besoin d'admettre une altération préalable de ces fibres. Par suite de cet éraillement, s'il est peu considérable, et que le sommet du ventricule présente encore assez de résistance à l'effort du sang, il surviendra une dilatation en ce point, dilatation qui augmentera graduellement, sous l'influence sans cesse répétée de la même cause. Si, au contraire, la déchirure est plus considérable, si, en un mot, elle s'étend à toute l'épaisseur de la paroi, il en résultera une rupture avec perforation. On voit donc, et je crois avoir analysé sa théorie avec conscience et vérité, que M. Breschet reconnaît, comme je l'ai avancé, une similitude complète entre les dilatations partielles et les ruptures du cœur; ces deux altérations à leur point de départ n'étant que deux degrés d'une même lésion, survenue à la suite d'une même cause.

La théorie que je viens d'exposer est certainement séduisante, elle explique bien les choses; mais supposant qu'elle soit admise, pour la dilatation de la pointe du ventricule gauche, comment expliquera-t-on par elle celle des autres points de ce ventricule? cela sera impossible. Elle n'est donc pas applicable à tous les cas. Bien plus, peut-on l'admettre pour ceux dans l'application desquels son auteur l'a circonscrite? est-elle en rapport avec les faits cités dans cette observation? Malgré le respect que je professe pour la haute supériorité scientifique de l'homme qui l'a proposée, je dois répondre que non. Essayons d'en donner quelques preuves.

D'abord, je dirai avec Dance (1) que si la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur résulte de son hypertrophie, cette altération devra se montrer assez fréquemment, attendu que cette hypertrophie est une maladie fort commune : or, le petit nombre de faits que l'on connaît, répond par la négative (2). En outre, dans cette hypothèse, la dilatation partielle devra surtout se montrer quand l'hypertrophie sera considérable, et plutôt dans les cas d'hypertrophie concentrique que dans ceux d'hypertrophie excentrique; ou tout au moins, elle ne devra jamais exister sans qu'il y ait en même temps un épaississement assez notable du reste des parois ventriculaires. Eh bien! parmi les faits cités de dilatation partielle du ventricule gauche, il n'en existe pas un seul où il soit parlé d'une hypertrophie concentrique concomitante, à moins que l'on ne prenne pour une altération de ce genre, l'induration générale dont parle Zannini (*loc. cit.*). Quatre fois seulement on a trouvé une hypertrophie excentrique (observ. de MM. Bérard jeune, Cruveilhier, Reynaud, la mienne), et encore n'était-elle bien marquée que dans le premier de ces faits. Dans les onze autres observations, le ventricule n'était pas hypertrophié : dans deux même (obs. de Baillie, Dance) ses parois étaient plus minces que de coutume.

---

(1) Mémoire de M. Breschet, p. 23, citation.

(2) M. Breschet a répondu à cette objection dans son mémoire, mais je crois qu'il m'est permis de n'être pas satisfait de sa réponse.

M. Breschet s'appuie sur une autre assertion qui est bien plus encore susceptible de contestation : il suppose que les ruptures sont plus fréquentes au sommet qu'en aucun autre point des parois du ventricule. Ici M. Breschet est en opposition flagrante avec l'opinion généralement reçue aujourd'hui. Ainsi, M. le professeur Andral (1), pour ne citer que lui, s'exprime en ces termes : « La théorie conduirait à admettre que c'est dans les » points du cœur où les parois sont les plus minces que » cet organe doit le plus souvent se déchirer ; par conse- » quent on serait porté à penser que c'est vers sa pointe » que les perforations doivent être les plus communes, » et cependant c'est le contraire qui a été observé. La » partie moyenne des parois du ventricule gauche est, » de toutes les parties du cœur, celle où ont lieu le » plus souvent les perforations. » Mais une autorité plus importante encore que celle du savant professeur, est l'autorité des faits. M. Ollivier (2) a réuni quarante-neuf observations bien authentiques de rupture spontanée du cœur, et il s'est rencontré que neuf fois seulement la déchirure occupait la pointe de cet organe, tandis que dans la plupart des autres cas elle avait son siége sur les faces des ventricules, surtout du ventricule gauche, plus ou moins près de la base. L'assertion de M. Breschet n'est donc pas conforme à ce que nous a appris l'observation.

Quant à la similitude établie entre la lésion qui produit les ruptures du cœur, et celle qui donne lieu à la dilatation partielle, il me suffit d'avoir prouvé que leur siége est le plus souvent différent, pour que cette similitude ne puisse servir à établir une théorie. D'ailleurs, il me serait facile, d'après les différens auteurs qui ont traité ce sujet, de prouver que les ruptures du cœur, même celles de la pointe du ventricule gauche, reconnaissent souvent pour cause une altération préalable du tissu musculaire de cet organe ; ce qui, comme on se le rappelle, ne doit pas exister dans la théorie de M. Breschet : autre cause de différence, et par conséquent autre raison d'impossibilité d'appliquer à l'un des phénomènes l'explication qui convient à l'autre.

Il me semble que de ces considérations je puis conclure : 1° que l'hypertrophie du reste du ventricule n'accompagnant qu'une fois sur quatre sa dilatation partielle, on ne peut considérer cette seconde altération comme un effet de la première ; 2° que la fréquence plus grande des ruptures du cœur à la pointe du ventricule n'étant pas le résultat de l'observation exacte des faits, toute théorie établie sur cette base ne doit pas être considérée comme solidement assise ; 3° que par conséquent, on ne peut pas envisager la dilatation partielle du cœur comme consécutive à une déchirure, sans altération préalable des fibres les plus intérieures du point dilaté ; car on n'a pas démontré l'existence d'une force capable de produire cette déchirure. D'ailleurs, M. Breschet relativement à sa théorie s'exprime ainsi dans son mémoire : « Jusqu'à ce qu'on nous montre des dilata- » tions partielles du ventricule gauche du cœur, sans » rupture aucune, nous regarderons notre explication » comme la plus plausible. » Ces faits peuvent être montrés aujourd'hui (observ. de MM. Harrison, Reynaud, la mienne) ; l'explication tombe donc de l'aveu même de son auteur.

Je me suis attaché un peu trop longuement peut-être à combattre ce qui m'a paru digne de reproche dans le mémoire de M. Breschet. Mais c'était un devoir pour moi d'agir ainsi, car les erreurs se propagent d'autant plus facilement et sont par conséquent d'autant plus funestes, que ceux dont elles émanent inspirent une plus grande confiance par leur mérite et leur réputation.

J'examinerai plus loin s'il est permis de considérer la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur comme identique avec les anévrysmes faux consécutifs des artères, ainsi que l'entend Scarpa, c'est-à-dire avec les tumeurs formées sur le trajet des artères par la distension de la tunique celluleuse de ces vaisseaux, et communiquant avec leur cavité au moyen d'une perforation de leurs membranes interne et moyenne, succédant à une altération préalable de ces membranes. D'ailleurs, d'après ce qui précède il est facile de prévoir ce que je penserai sur cette question. Poursuivons l'examen des diverses opinions émises sur la formation de la maladie qui nous occupe.

M. le docteur Reynaud (*loc. cit.*) accompagne l'observation qu'il publie, de quelques réflexions dans lesquelles il combat les opinions proposées précédemment, sur la formation de la maladie. Selon lui, le point de départ de la dilatation n'est ni une ulcération, ni une déchirure, mais une altération primitive de la membrane interne du ventricule, absolument semblable à celle qui affecte la membrane interne des veines enflammées, leur fait perdre leur élasticité et les expose à être dilatées par l'effort du sang, sans pouvoir revenir sur elles-mêmes. Selon lui encore, cette altération est de nature inflammatoire ; mais il n'admet pas que les fibres musculaires doivent être affectées en même temps. Il me semble que l'on ne peut admettre cette seconde partie de l'opinion de M. Reynaud. En effet, d'après son raisonnement, la membrane interne serait la partie la plus résistante des parois d'un ventricule. On devrait même dire que c'est la seule partie résistante ; car, et c'est là le fond de la théorie, il suffit que cette membrane soit altérée, qu'elle perde de son élasticité et de sa résistance, pour que de suite le reste de la paroi ventriculaire dans toute son épaisseur cède à l'effort du sang, bien qu'elle soit saine et sans aucune altération. Je ne crois pas exagérer en tirant cette conclusion de l'opinion émise par M. Reynaud. En effet, voici ses propres paroles : « Comme les fibres charnues n'ont point » participé à la dilatation, qu'elles ont été seulement » *refoulées* comme le sont les parties voisines des tu- » meurs anévrysmales situées sur le trajet des artères, » cet état (la dilatation) paraît dépendre uniquement » de la membrane interne du cœur. »

(1) Anatomie pathologique, tome II, page 303, année 1829.

(2) Dict. de méd., 2e édit., t. VIII, p. 343, art. RUPTURES DU COEUR.

Faut-il admettre que le tissu musculaire du cœur joue, par rapport à sa membrane interne, un rôle complétement passif? Faut-il, par exemple, le comparer, dans les dilatations de cette membrane, au muscle couturier dans celles de l'artère crurale? Je ne le pense pas ; je suis même étonné qu'on ait pu chercher à établir des analogies entre deux actions si différentes. Bien au contraire, il me semble que le tissu musculaire du ventricule doit participer à la dilatation, et que pour cela il est nécessaire qu'il soit altéré préalablement en même temps que la membrane interne. J'essaierai de démontrer plus tard cette proposition en exposant l'opinion que je me suis formée.

Dance, dans une remarque citée par M. Breschet dans son mémoire, pense « qui doit y avoir une sorte de ra- » mollissement partiel qu'il prédispose à la dilatation lo- » cale : » mais il ne dit pas quelle peut être la cause de ce ramollissement. J'admettrai complétement cette opinion de Dance : oui, pour qu'il y ait dilatation partielle du ventricule gauche du cœur, il faut nécessairement supposer un ramollissement préalable de ses fibres charnues dans le point dilaté. Mais quelle sera la cause prochaine de ce ramollissement?

Si l'on examine attentivement les descriptions citées plus haut de la maladie qui nous occupe, on voit que dans tous les cas où la membrane interne du cœur a été l'objet de l'attention de l'observateur, cette membrane a offert de notables altérations. En effet, dans plusieurs cas, la cavité anévrysmale était tapissée par une membrane blanche et opaque qui sans doute n'était autre chose que la membrane interne altérée et épaissie ; on ne le dit pas, mais l'analogie me porte à le penser. Ces altérations de la membrane interne du ventricule ont surtout fixé l'attention de M. Reynaud ; dans son observation, on voit que cette membrane était épaisse, d'un blanc laiteux dans presque toute son étendue, et spécialement dans le point où se trouvait l'ouverture de communication du sac anévrysmal. Peut-on s'empêcher, dans ces altérations de la membrane interne du ventricule, de reconnaître les traces évidentes d'une ancienne inflammation? Je ne le pense pas. D'après ces faits, il me semble donc que l'on peut légitimement admettre que dans ces cas de dilatation locale il a existé une inflammation de la membrane interne du ventricule, une endocardite.

En outre, dans dix cas l'adhérence existait entre le feuillet viscéral du péricarde et son feuillet pariétal, et dans l'observation de Galenti, où cette adhérence n'avait pas lieu, une énorme quantité de sérosité distendait sa cavité ; dans les autres cas on ne dit pas s'il y avait ou non adhérence. Il existait donc encore, dans la majorité des cas, une péricardite concomitante. Dirai-je, avec M. le professeur Bérard aîné (thèse citée), que cette péricardite était consécutive au développement de la tumeur? Cela pourrait être, mais rien ne le démontre, et même il est assez difficile d'expliquer comment une tumeur se développant graduellement, et partant habituant peu à peu à sa présence le feuillet du péricarde qui la recouvre, a pu déterminer dans ce feuillet une inflammation capable de produire des altérations semblables à celles que M. Bérard lui-même a décrites dans le premier des faits qu'il a cités. Jusqu'à un certain point on peut donc considérer la péricardite comme antérieure au développement de la tumeur.

Suivant les auteurs qui ont écrit sur l'inflammation de la membrane interne du cœur, cette maladie n'existe pas le plus souvent sans que les fibres musculaires immédiatement accolées à cette membrane ne participent elles-mêmes à la phlegmasie ; et dans certains cas de péricardite le tissu charnu du cœur et la membrane interne offrent des traces évidentes de la même altération : c'est surtout l'opinion émise par M. le professeur Bouillaud (1). On pourra donc considérer en quelque sorte les altérations anatomiques qui indiquent l'endocardite et la péricardite, comme prouvant implicitement la cardite. Et d'ailleurs, n'a-t-on pas observé que le tissu musculaire du cœur pouvait être seul et primitivement le siége de l'inflammation? Alors ce ramollissement exigé par Dance pour expliquer la formation de la dilatation, se conçoit sans peine comme un résultat nécessaire de ce travail phlegmasique.

Mais jusqu'à quel point peut-on admettre l'inflammation comme cause de ce ramollissement? Laennec (ouv. cit.) ne voit dans le ramollissement du cœur « qu'une » de ces nombreuses modifications morbides du mouve- » ment nutritif général dont le mécanisme nous est en- » core caché. » Mais d'autres pathologistes ont soutenu que le *molimen inflammatoire* présidait, dans la majorité des cas, à la perte de consistance du tissu du cœur. Keysig (ouv. cit.) a soutenu cette opinion ; mais elle est surtout défendue par MM. Bouillaud et Hope ; et M. le professeur Chomel (2) pense que « les faits militent en » sa faveur, surtout dans le plus grand nombre des *ra-* » *mollissemens partiels.* » Or, justement c'est d'un ramollissement partiel que j'aurai besoin d'établir l'existence dans la théorie que j'ai adoptée.

(*La suite au prochain numéro.*)

Observations d'anévrysme partiel du cœur; par M. Prus, Médecin de la Salpêtrière.

(Imprimé par décision de la Société de médecine.)

M. Prus met sous les yeux de la Société deux cœurs dont l'un est remarquable par l'existence de quatre valvules à l'origine de l'artère pulmonaire, variété anatomique assez rare. La jeune fille qui a offert cette anomalie est morte à la suite d'imprudences de régime

---

(1) Dict. de méd. et de chir. prat., t. IV et XII, art. CARDITE ET PÉRICARDITE.

(2) Dict. de méd., 2e édit., t. VIII, p. 281, art. RAMOLLISSEMENT DU COEUR.

commises dans la convalescence d'une fièvre typhoïde. Pendant tout le cours de la maladie et de la convalescence, elle a offert un bruit de soufflet bien caractérisé et coïncidant constamment avec le second bruit du cœur. Ce symptôme était-il dû à l'existence des quatre valvules signalées ? On peut d'autant mieux le croire que ces valvules, étant fort petites, ne pouvaient s'écarter assez des parois du vaisseau pour produire une occlusion complète après la contraction des ventricules.

Le second cœur a appartenu à la femme Piquot, âgée de 58 ans, d'une constitution assez grêle, laquelle est entrée le 31 janvier 1836 à l'infirmerie de la Salpêtrière, pour une pleuro-pneumonie du côté gauche ; cette maladie fut traitée par des saignées générales et locales et par un vésicatoire volant. Les principaux symptômes disparurent ou du moins diminuèrent sensiblement sous l'influence de ce traitement ; cependant, au moment où la malade paraissait devoir entrer en convalescence, la pommette gauche présenta une rougeur vive, la douleur de côté revint, accompagnée de matité dans la moitié inférieure du thorax et d'un mouvement fébrile assez prononcé. Le cœur, qui n'avait jamais offert d'autres symptômes qu'une légère impulsion, continua à ne faire entendre aucun bruit anormal.

Deux saignées peu abondantes, mais faites à deux jours d'intervalle, empêchèrent la pleurésie de persister et de passer à l'état chronique. Toutefois, la matité du côté malade continua et, dans les derniers jours de la vie, les membres et la figure furent infiltrés, la respiration était, dans certains momens, très-difficile quoique peu fréquente ; de temps en temps aussi la malade se plaignit de palpitations qui n'eurent jamais une longue durée. Enfin, elle succomba le 5 mars 1836.

Voici ce que l'examen du thorax a présenté de plus remarquable :

Les deux *plèvres* n'offrent aucune trace d'inflammation, il n'existe ni fausses membranes, ni flocons albumineux ; la cavité gauche contient environ une pinte d'un liquide séreux, mais parfaitement limpide. La cavité droite en renferme aussi quelques onces.

Les *poumons* sont sains et pénétrés d'air dans tous leurs points.

Péricarde : le feuillet pariétal adhère au feuillet viscéral, au niveau de la pointe du cœur. Dans cet endroit, existent des pseudo-membranes parcourues par des vaisseaux, complets dans quelques points, et dans quelques autres se présentant sous forme de stries rougeâtres qui semblent naître des vaisseaux sous-séreux.

Le *cœur* au lieu de finir en pointe, se termine inférieurement par une saillie présentant à peu près le volume d'une pomme d'api ; son diamètre vertical, mesuré de l'origine de l'aorte à la pointe du cœur, est de quatre pouces. Le diamètre de la base du cœur a également quatre pouces ; le poids total de l'organe, débarrassé des caillots que le lavage a pu enlever, est de neuf onces.

La face antérieure du cœur offre, à l'endroit correspondant à la tumeur, un pointillé rouge, irrégulier, dû à de petits caillots sanguins existant sur la séreuse viscérale. On constate également que l'adhérence existant entre les deux lames du péricarde était établie à l'aide de fausses membranes dont il est facile de retrouver les débris.

On incise la crosse de l'aorte et le ventricule gauche. La membrane interne de l'artère présente une rougeur assez vive, sur laquelle ressortent quelques petites plaques cartilagineuses et osseuses. Une des valvules sigmoïdes offre une concrétion osseuse près de son bord adhérent.

Les parois du ventricule gauche ont à la base une épaisseur de sept lignes, tandis que dans la partie qui qui forme la tumeur elles ont à peine une ligne d'épaisseur. Cependant, on peut s'assurer que la couche musculaire n'est interrompue dans aucun point. Il en est de même de la membrane interne qui est amincie et dépolie, mais qui n'offre aucune solution de continuité.

La cavité de la tumeur est remplie en totalité par une masse de fibrine composée de couches concentriques, dont les plus superficielles sont très-denses est très-brunes, tandis que les plus profondes sont demi-liquides et noirâtres. Ce produit de caillots déposés successivement et depuis un temps assez long, est séparé de la membrane interne par une fausse membrane ayant toutes les apparences d'une séreuse. D'un côté, elle coiffe les caillots qu'elle enveloppe ; et de l'autre, elle est unie à la membrane interne dont on la sépare toutefois assez facilement.

Le ventricule droit semble un appendice du ventricule gauche, il paraît très-petit comparativement à ce dernier. A sa base, les parois ont une épaisseur de trois à quatre lignes, tandis qu'à son sommet elles n'ont qu'un tiers à un quart de ligne. Là, le ventricule est doublé, en quelque sorte, par une couche épaisse de tissu adipeux.

Les oreillettes n'offrent rien à noter.

Ce fait, messieurs, ajoute M. Prus, doit être placé à la suite de celui que je vous ai rapporté en détail dans le mémoire que j'ai eu l'honneur de lire l'année dernière à la Société et qui contenait tous les exemples qui m'étaient alors connus d'anévrysme partiel du cœur (1).

Le cas offert par le cœur de la femme Piquot est, si je ne me trompe, le dix-neuvième de ce genre. Il faut en ajouter un vingtième, recueilli par M. le docteur Chassinat et publié dans sa dissertation inaugurale, intitulée : *De la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur.* (Paris 1835.)

Il s'agit d'un vieillard de 65 ans, bourrelier, sujet à des congestions cérébrales et qui périt des suites d'une hémorrhagie cérébrale, sans s'être jamais plaint d'aucune sensation pénible dans la région précordiale. A l'ouverture du cadavre, on a trouvé, entre autres lésions, une dilatation considérable (égalant le volume d'un œuf de poule) de la pointe du ventricule gauche. La membrane musculaire amincie et la membrane in-

(1) Voir la *Revue médicale*, 1835.

terne épaissie et devenue opaque, ne laissaient voir aucune interruption. La cavité était remplie par des couches fibrineuses, absolument semblables à celles des anévrysmes des artères.

La science doit à M. le docteur Lombard, médecin de l'hôpital civil et militaire de Genève, deux faits non moins intéressans (1).

Un vernisseur, âgé de 48 ans, ayant beaucoup d'embonpoint et le teint assez coloré, mourut presque subitement, après avoir présenté d'abord de l'oppression et une toux sèche qui diminuèrent notablement sous l'influence d'une saignée, et plus tard de la sérosité accumulée dans les extrémités inférieures, dans le péritoine, dans les plèvres et dans le péricarde.

Voici ce que la poitrine présenta de plus remarquable à l'ouverture du cadavre : je laisse parler M. Lombard.

« Le cœur est très-volumineux; les artères et les » veines coronaires sont très-développées sans être » flexueuses; leur calibre et surtout celui des artères » est très-considérable : il paraît en quelques points » triple de ce qu'il est dans l'état normal. L'augmen- » tation de volume du cœur est due surtout au ventri- » cule gauche, dont la cavité, ainsi que les parois ont » pris un développement considérable. La valvule mi- » trale est opaque et contient quelques granulations » cartilagineuses. L'origine de l'aorte présente diver- » ses lésions remarquables. Les valvules sigmoïdes sont » toutes les trois épaissies, dures et presqu'immobiles » par la transformation de leur membrane en tissu os- » seux et cartilagineux; leur bord libre est inégal et » tout à fait irrégulier. Aux points de jonction des trois » valvules, on remarque des granulations rougeâtres » et une surface inégale, formée par des aspérités os- » seuses, entremêlées de petits caillots fibrineux; l'une » de ces surfaces présente un orifice central qui com- » munique avec une *poche anévrysmale* logée dans l'an- » neau fibreux qui entoure la base du cœur. Cette po- » che est située entre l'aorte et l'artère pulmonaire; » elle contient des couches de caillots fibrineux, qui » s'enlèvent facilement, et laissent voir au dessous » une membrane rougeâtre qui tapisse une cavité an- » fractueuse de douze à quinze lignes de longueur sur » dix à douze de largeur. Les anfractuosités de la po- » che anévrysmale sont logées entre les oreillettes et » l'orifice des gros vaisseaux. Le ventricule droit est » sain, de volume et d'épaisseur normale; les valvules » sigmoïdes sont saines, souples et transparentes; l'ar- » tère pulmonaire ne présente aucune lésion. »

Il s'agit, dans la seconde observation de M. Lombard, d'un cultivateur âgé de 42 ans, qui entra à l'hôpital de Genève pour une pleuro-pneumonie droite qui avait résisté à une application de sangsues et à un vésicatoire. L'administration de l'oxide blanc d'antimoine, à la dose de 24 grains en vingt-quatre heures, procura en quatre jours une amélioration si notable, que le malade fut considéré comme en pleine convalescence. Cependant, il s'était développé depuis deux jours sur la tête une énorme quantité de poux qui pullulaient avec une rapidité incroyable. On fit lever le malade pour lui couper les cheveux et le débarrasser de la vermine, mais deux heures après cette opération, qui fut faite dans une chambre froide, le malade, qui s'était recouché, fut pris d'un délire violent qui, malgré une saignée faite immédiatement, fut suivi de la mort douze heures après.

Le cerveau et ses membranes, plutôt pâles que rouges, ne présentèrent aucune lésion qui pût servir à rendre raison d'une mort aussi prompte.

La plèvre droite était partout adhérente. Le tissu pulmonaire, gorgé d'un sang écumeux, était friable, surtout à la base, mais il était perméable à l'air dans tous ses points; mais dans l'eau, il surnageait.

Quant à l'état du péricarde et du cœur, voici ce que dit M. Lombard : « Un peu de sérosité dans le péri- » carde; le volume du cœur est deux fois celui du » poing du sujet; il est chargé de graisse et présente » à sa surface des plaques blanches, ovoïdes, disposées » régulièrement sur le feuillet adhérent du péricarde » qu'elles soulèvent légèrement. Cavités droites sans al- » tération; volume, épaisseur et orifice parfaitement » normaux. Il n'en est pas de même des cavités gau- » ches, qui présentent diverses lésions très-remarqua- » bles.

» L'origine de l'aorte paraît dilatée dans tous les » sens, et son tissu est en partie cartilagineux. Les » valvules sigmoïdes sont toutes trois malades : l'une » d'elles est simplement hypertrophiée, opaque, et » comme mamelonnée, molle et sans ossification; la » seconde est rompue à l'une de ses attaches, et flotte » librement dans la cavité du ventricule; son épaisseur » est considérable, son bord irrégulier et mamelonné. » La troisième valvule est surmontée d'une végétation » oblongue de sept à huit lignes de diamètre, de con- » sistance molle, de couleur livide, à surface et à bord » mamelonnés, formée par de petits corps arrondis; » l'un d'eux, incisé, représente assez exactement une » graine de raisin contenant de petits grains noirâtres. » Entre les deux valvules existe un enfoncement cir- » culaire à bords taillés à pic, et qui contient une cou- » che de caillots fibrineux; tout autour de cette po- » che anévrysmale, les parois du ventricule sont re- » couvertes de végétations et d'ulcérations; l'une de » ces dernières a perforé la paroi ventriculaire et éta- » bli une communication anormale entre l'oreillette et » le ventricule gauches.

» Rien à noter dans l'abdomen, si ce n'est le gon- » flement et le ramollissement de la rate. »

Le moment n'est pas opportun, continue M. Prus, pour déduire de ces quatre nouveaux cas d'anévrysme partiel du cœur, les conséquences que, comparés aux faits déjà connus, ils peuvent fournir pour déterminer la nature et le traitement de cette maladie, moins rare que ne l'avaient pensé les premiers médecins qui l'ont observée; de nouvelles observations sont encore néces-

(1) Clinique médicale de l'hôpital civil et militaire de Genève.

saires. Il se borne donc à exprimer ses regrets de ce que M. Lombard ne dit pas si le malade qui a présenté ces végétations et ces ulcérations des valvules et de divers points du cœur, avait ou n'avait pas eu de maladies vénériennes. Corvisart possédait six cas tendant directement à prouver que des végétations et des ulcérations vénériennes peuvent exister sur *toutes* les valvules du cœur. M. Prus a trouvé, sur les valvules aortiques et dans l'aorte d'un vieillard qui a succombé avec une exostose d'une clavicule et d'autres traces non équivoques de syphilis, des végétations qu'il n'a pas hésité à regarder comme vénériennes. Corvisart fait remarquer avec raison que ce fait pathologique a d'autant plus d'importance, que si on s'était assuré, pendant la vie, et de l'existence d'une végétation ou d'une ulcération des valvules, et d'une maladie vénérienne antérieure, on aurait pu, avec quelque chance de succès, employer un traitement anti-syphilitique. M. Prus aurait désiré aussi que M. Lombard, qui a d'ailleurs si bien décrit les altérations pathologiques par lui signalées, ait fait connaître d'une manière précise et complète l'état de la membrane interne du cœur, soit dans la cavité anévrysmale, soit au pourtour de son orifice. Cette omission est d'autant plus fâcheuse, que si quelquefois, comme dans le cœur de Talma, il y a eu solution de continuité de la membrane interne, il est arrivé plus souvent que l'épaississement de cette membrane, sa couleur d'un blanc mat, sa continuité sans interruption dans le sac anévrysmal, permettent de penser que l'origine de la maladie pouvait être rapportée à une inflammation qui, agissant tout à la fois et sur la membrane interne et sur la substance musculaire sous-jacente, enlevait à l'une son élasticité, à l'autre sa consistance et sa faculté contractile, et déterminait ainsi, aidé par la force expansive de la colonne sanguine, un anévrysme partiel d'un des ventricules du cœur, et presque toujours du ventricule gauche. Il peut être fort utile de s'assurer de cette étiologie qui s'applique aussi bien à la dilatation générale d'une de ces cavités du cœur qu'à la dilatation partielle du ventricule gauche ; puisque, si elle était bien démontrée, on pourrait, en surveillant attentivement l'apparition des premiers signes de l'endocardite, complication qui n'est pas rare dans les péricardites, les pneumonies, les pleurésies et les rhumatismes articulaires aigus, combattre, dès son début et par des moyens suffisamment énergiques, une phlegmasie qui peut entraîner de si graves conséquences.

ARCHIVES GÉNÉRALES

DE

MÉDECINE.

SEPTEMBRE. 1836.

Mémoire d'anatomie physiologique et pathologique sur le système veineux considéré chez l'adulte et chez le fœtus ; par M. Edouard Lacroix, aide-d'anatomie de la Faculté de médecine de Paris, membre honoraire de la Société anatomique, ex-interne des hôpitaux.

Anatomie.— Les anatomistes modernes qui ont écrit sur le système veineux ont été si complets, qu'il reste peu de choses à ajouter à leurs travaux. Ils ont démontré les premiers que les veines, comme les artères, étaient constantes dans leurs distributions, et par suite susceptibles d'entrer dans le cadre de la description générale de leur état normal. Les variétés sans nombre que l'on avait cru jusqu'alors rencontrer avaient fait considérer toute tentative de les décrire comme un effort inutile. Ces obstacles expliquent la lenteur que l'on mit à faire une semblable découverte. Le système veineux suit donc dans ses divisions un type constant comme le système artériel. Ce fait une fois établi, on aurait dû fixer l'attention sur l'analogie de structure qui existe entre ces deux ordres de vaisseaux du système circulatoire ; car les veines, comme les artères, ont partout trois tuniques, bien que dans certains ordres de vaisseaux du système à sang noir, tels que les veines de l'utérus, de la dure-mère, les anatomistes n'aient décrit qu'une seule tunique. Mais cela provient de ce qu'ils n'ont pas tenu compte d'une loi générale de l'organisme en vertu de laquelle on voit l'une des tuniques de la veine passer par toutes les transformations du tissu musculaire, qui peut s'hypertrophier, se changer en tissu fibreux, et même en tissu osseux.

Ainsi l'on voit la tunique musculeuse s'hypertrophier toutes les fois que la veine fait tellement corps avec l'organe, qu'elle le suit dans toutes ses variations en volume, périodiques ou accidentelles, comme dans l'utérus.

D'autres fois, la tunique subit une véritable transformation de la musculeuse en fibreuse, et cela dans toutes les membranes fibreuses avec lesquelles les veines font corps. Cette disposition, observée par les anatomistes dans la dure-mère, n'est donc pas une exception, puisque l'on rencontre cette même structure des veines dans le périoste, les ligamens, et en général dans tout le tissu fibreux.

Cette dernière transformation de la musculeuse en fibreuse une fois admise, tout le monde sait que les ligamens de l'os hyoïde, la faux de la dure-mère par suite d'une variété anatomique chez l'homme, les fibro-cartilages inter-vertébraux avec l'âge, et les ligamens des articulations par suite d'une disposition maladive, sont susceptibles de se transformer en une matière osseuse. Pourquoi les veines qui ont appartenu au périoste avant de pénétrer dans l'intérieur de l'os, ne seraient-elles pas susceptibles de voir leur membrane musculeuse devenue fibreuse, soumise aux mêmes dégénérescences du tissu fibreux? alors elles n'auraient plus qu'une seule tunique, la séreuse, adhérente aux os, comme on le voit dans les sinus du diploé, dans le corps des vertèbres et dans le tissu spongieux.

C'est donc par suite de cette loi générale de désorganisation, que l'on trouve toutes les parties du système circulatoire, toujours composées de trois tuniques. Seulement, dans le système artériel, ces trois tuniques sont partout dans les mêmes rapports de densité, ce qui fait que tout le système est doué de la plus grande uniformité. Mais dans le système veineux, les trois tuniques sont en général plus minces que celles des artères, à quelques exceptions près, circonstances dans lesquelles alors elles acquièrent une densité plus grande; ce qui peut porter à croire que ces veines sont destinées à supporter de la part du sang un effort latéral moindre que les artères, et que les modifications qu'elles éprouvent dans leurs parois, sans être relatives à la circulation générale, ont trait aux fonctions diverses qu'elles remplissent dans l'organisme, comme nous le démontrerons dans la suite de ce mémoire.

Le plus grand nombre des veines a donc trois tuniques membraneuses extrêmement minces, comme on le voit dans le tissu cellulaire, les membranes séreuses, muqueuses, le système musculaire et nerveux, dans les glandes. Dans toutes ces veines on ne rencontre pas de valvules, ce qui prouve que ces replis de la membrane interne ne sont pas indispensables pour concevoir la circulation veineuse.

La présence des valvules semble donc plutôt liée au degré de solidité qu'elles ajoutent aux parois de la veine, en sectionnant la colonne de liquide qui pèse sur ses parois ; et l'on peut poser en principe général qu'il

n'y a pas de valvules toutes les fois qu'une cause tend à diminuer ou à annuler la pression exercée par le liquide sur les parois des vaisseaux qu'il parcourt.

J'indiquerai enfin une dernière disposition relative à la structure des veines ; c'est que dans les endroits où une compression des veines par les organes, *et vice versâ*, une compression des organes par les veines, eût pu alternativement nuire aux fonctions du système circulatoire ou des organes, la nature y a pourvu par l'épaississement du tissu cellulaire, qui, devenu fibreux, constitue une gaîne inextensible fixée aux parties environnantes, comme aux membres, au col, au voisinage de la poitrine, et ainsi que nous l'avons vu aussi dans les glandes conglobées, comme on le voit, dans le rein où la capsule fibreuse extérieure accompagne les vaisseaux à l'intérieur.

Physiologie. — L'examen que nous venons de faire du système veineux comparativement au système artériel, donne donc à penser au physiologiste qu'une différence si marquée d'épaisseur dans les parois de ces deux ordres de vaisseaux, est basée sur des fonctions spéciales à remplir dans la circulation relativement au liquide que ces vaisseaux contiennent.

Etudions donc l'action spéciale du liquide sur les parois qu'il parcourt, et nous verrons que les conditions dans lesquelles il se trouve ne sont pas les mêmes dans les artères et dans les veines, et alors se dévoileront les causes de ces différences si notables dans l'épaisseur des parois.

Dans les artères, le tissu est très-résistant et se trouve en rapport avec un effort latéral considérable à supporter de la part du liquide, car le sang artériel est placé entre deux forces agissant dans un sens diamétralement opposé, l'une partant du cœur, l'autre des capillaires où le sang, malgré l'impulsion qu'il a reçue, éprouve de la difficulté à pénétrer dans le parenchyme des organes. La résultante de ces deux forces opposées prend donc sa direction sur les parois du vaisseau ; aussi l'on conçoit comment, sous l'influence des causes en apparence les moins énergiques, agissant sur les parois, survient promptement une désorganisation de l'artère, désorganisation dont les progrès sont hâtés par l'action toujours continue du sang sur cette paroi affaiblie.

De plus, la pression latérale va croissant par la disposition générale du système, car le liquide venant à passer d'un vaisseau large dans un autre plus étroit, la pression est augmentée, et l'anatomie pathologique donne la preuve d'un tel fait par la dilatation des collatérales après la ligature du tronc artériel principal d'un membre.

Deux causes cependant tendent à diminuer l'énergie de cette force ; l'une est la somme considérable de vaisseaux qui naissent de l'artère principale, dont les orifices réunis dépassent de beaucoup le diamètre de l'artère du membre ; l'autre est l'augmentation progressive d'épaisseur des parois des vaisseaux à mesure qu'ils deviennent plus petits. Ces deux circonstances réunies devraient, comme on le conçoit, être une cause de ralentissement de la circulation du sang artériel, si, d'après les lois générales d'hydraulique, le liquide ne prenait un mouvement accéléré en passant d'un vaisseau large dans un plus étroit.

De cette compensation résulte donc que la circulation est partout uniforme et n'est pas plus accélérée dans les vaisseaux les plus rapprochés du cœur que dans ceux qui en sont les plus éloignés, dans les plus larges comme dans les plus étroits, fait prouvé par les expériences de M. Poiseuille sur la force du ventricule aortique. Il en résulte donc que la pression latérale, partout la même, agit plus énergiquement sur les vaisseaux dont l'épaisseur est relativement moins considérable, ce qui dévoile pourquoi il est plus commun de rencontrer sur leur trajet des dilatations morbides, des anévrysmes.

Ce phénomène de la compression s'exerçant sur un vaisseau à parois élastiques, est aussi une circonstance favorable à la circulation dans les capillaires ; car les vaisseaux en s'éloignant du cœur deviennent eux-mêmes le principe moteur des liquides sur lesquels ils agissent, et c'est peut-être ainsi que l'on doit concevoir le mécanisme de la circulation dans les capillaires.

Si dans le système artériel l'organisation nous décèle l'énergie de la pression latérale, devenant un principe de mouvement, ce n'est pas sans surprise que l'on verra le système veineux, dans une structure semblable de ces petits vaisseaux, puiser le principe de son mouvement, bien qu'il s'exerce d'une manière inverse ; car les veines, par une disposition analogue à celle des artères, en se rapprochant du cœur, augmentent de calibre et diminuent relativement d'épaisseur, mais d'une manière bien plus prompte et bien plus tranchée : et cela se conçoit très-bien, car les veines ont à supporter un effort peu considérable de la part du sang, qui n'est animé que par la seule force de réaction des capillaires sur le sang chassé par le ventricule aortique, et encore perd-il de son énergie en passant d'un vaisseau plus étroit dans un plus large ; mais une compensation s'opère par le grand nombre des radicules veineuses qui versent dans des vaisseaux plus larges, il est vrai, mais moins nombreux. Aussi la circulation a-t-elle une tendance à devenir uniforme, quoique les expériences de Spallanzani semblent prouver le contraire ; mais cette différence est causée par le mode d'expérimentation que ce physiologiste suivit, car en opérant sur les veines du mésentère, il détruisit la pression abdominale, une des causes les plus énergiques de la circulation veineuse.

Une disposition inverse de celle du système artériel avait donc l'avantage de détruire la pression latérale ; mais l'application des lois inverses de l'hydraulique devait donner pour résultat un ralentissement considérable de la circulation ; car l'impulsion communiquée au sang par les capillaires devait finir par s'amortir insensiblement dans les vaisseaux d'un certain calibre, si alors n'était venu s'adjoindre une force qui eut à la fois la propriété d'agir énergiquement sur la circulation et de diminuer la pression du sang sur les parois, pression

qui va toujours croissant par l'inertie du liquide abandonné aux lois de la pesanteur. Cette double fonction est admirablement remplie par la respiration, qui exerce le rôle d'une pompe aspirante dont la force décroît d'intensité en raison directe des distances. Telle est donc la raison qui motive cette différence si remarquable dans la structure du système artériel et du système veineux, où dans l'un on voit dans les parois tout combiné pour résister à la pression latérale, et où tout indique dans l'autre le peu d'effort que les vaisseaux avaient à supporter de la part du sang ; car le mode de la circulation veineuse est tel, que le liquide ne se trouve plus placé entre deux forces luttant ensemble comme dans le système artériel, mais concourant au même résultat et agissant dans la même direction. Le liquide étant placé entre deux forces qui le sollicitent dans le même sens, on conçoit que la circulation pouvait très-bien se faire sans le secours des valvules, et nous allons voir en effet, par l'analyse que nous ferons du système veineux, qu'elles manquent dans beaucoup d'organes, et que, même à une certaine époque de la vie, il n'y en a pas plus dans le système veineux que dans le système artériel.

Si les veines sont à parois plus minces que les artères, elles sont aussi plus élastiques, plus extensibles, partant moins propres à résister à la pression latérale ; et cette force, bien qu'agissant en général avec peu d'énergie, peut cependant acquérir encore une certaine intensité, surtout quand vient s'ajouter la force de la pesanteur, ou bien l'action de l'expiration agissant d'une manière rétrograde sur le liquide animé par un certain degré d'impulsion communiqué par les capillaires.

Trois causes, comme on le voit, peuvent donc se réunir pour déterminer une pression, sinon énergique, au moins assez intense pour que les parois des veines présentent une résistance insuffisante ; mais la nature a paré aux inconvéniens qui eussent pu en résulter, par divers moyens.

La compression est un des auxiliaires des plus favorables et des plus fréquens dans l'organisme. Ainsi, dans les trois cavités splanchniques, les organes sont soumis à une compression telle qu'ils tendent à se déplacer aussitôt que la cavité qui les contient vient à s'affaiblir dans un point. Aussi, viennent-ils à être blessés, les liquides qu'ils contiennent ont encore plus de tendance à parcourir leurs voies naturelles qu'à s'épancher dans le ventre. L'on comprend alors que cette pression agisse assez efficacement sur les parois des veines pour détruire l'effort latéral du liquide qui presse sur elles ; et même la compression peut favoriser la circulation : car si elle vient à dépasser l'effort latéral exercé sur la paroi de la veine, elle pousse alors le sang qui, placé entre l'action d'une pompe foulante, les capillaires et le cœur, et une aspirante, la respiration, ne peut alors suivre que la direction dans laquelle ces deux forces sollicitent le liquide. Aussi n'était-il pas besoin de valvules dans les vaisseaux des cavités splanchniques, quelles que fussent les conditions dans lesquelles ils se fussent rencontrés. Et est-ce en vain que vous chercheriez des valvules dans les veines du mésentère, de la rate, des glandes de l'appareil de la digestion, comme le pancréas, le foie, et même dans l'appareil urinaire, dans les parois intérieures de la poitrine, dans le poumon, dans les veines coronaires, et enfin dans les veines encéphalo-rachidiennes. Toute la difficulté que l'on éprouve à pousser une injection dans ces veines provient uniquement de ce qu'après la mort le sang stagne dans leur intérieur.

La compression est une force qui supplée si favorablement au manque de résistance des veines et facilite tellement la circulation, qu'aussitôt qu'un organe est dans les conditions des viscères splanchniques, on ne rencontre plus de valvules, les veines fussent-elles les plus minces.

Ainsi, tous les organes compris dans une membrane fibreuse, inextensible, comme le testicule, l'œil, n'ont pas de valvules dans l'intérieur de leurs veines, parce que toutes les parties sont soumises à une compression égale. Rien n'est plus facile de démontrer ce fait par la similitude des accidens qui résultent de l'affaiblissement d'une partie de la cavité formée par la membrane fibreuse de l'œil, du testicule ; car, ainsi que dans les cavités splanchniques, le ramollissement de la cornée, de la membrane albuginée, donnent lieu à des hernies, et cette organisation analogue entraîne une disposition semblable dans le système veineux. Ces veines, quoiqu'extrêmement minces, sont dépourvues de valvules ; par suite de cela, elles sont très-faciles à injecter ; mais il est très-difficile de conserver dans leur intérieur l'injection, qui sort très-promptement par la compression à laquelle elles sont soumises. L'on peut donc entrevoir que les capsules fibreuses qui environnent les organes glandulaires ont probablement pour usage de favoriser la circulation veineuse.

Une compression modérée favorise la circulation veineuse, et la pathologie a mis ce moyen à profit pour la résolution de certains engorgemens, mais peut-être sans que l'on se rendît un compte exact de ses effets. M. Lombard, dans un traité *ex professo,* en a préconisé les avantages dans les engorgemens chroniques. M. Récamier a tiré un grand parti de ce traitement pour la résolution de certains engorgemens squirrheux. M. Velpeau a signalé dans les *Archives* les avantages que l'on pouvait tirer de la compression dans le phlegmon sous-cutané, et il a montré l'incertitude que présentait dans le résultat ce moyen appliqué à la cure de l'érysipèle. Cette différence dans le succès ne tient-elle pas à ce que la compression, trop immédiatement exercée dans ce dernier cas, dans l'érysipèle, obstrue les vaisseaux et met un obstacle à la circulation veineuse ; tandis que dans le phlegmon, les vaisseaux uniformément soutenus se trouvent dans les mêmes conditions que ceux qui sont dans les cavités splanchniques. Une des causes aussi, qui concourent à faire avorter l'inflammation, c'est que la compression qui favorise la circulation veineuse est un obstacle à la circulation artérielle.

Ces phénomènes montrent tous, d'une manière irrécusable, que la compression favorise la circulation vei-

neuse, et d'autres faits prouvent que ces vaisseaux habituellement comprimés sont aussi moins sujets à cette dilatation pathologique connue sous le nom de *varice*, et partant sont doués de l'organisation la plus avantageuse pour résister à l'effort du sang. Ainsi jamais l'on n'observe de varices dans les veines encéphaliques, thoraciques, abdominales, à moins que la dilatation ne porte sur des veines que l'on ne peut classer parmi celles appartenant en propre à cette cavité, comme celles du ligament rond, des testicules, qui sont placées dans les mêmes conditions pathologiques que les parties échappées accidentellement à la compression ; aussi leurs veines peuvent-elles devenir variqueuses comme dans les hernies anciennes. Cet état détermine même un ralentissement de la circulation qui peut rendre compte de l'accroissement en volume de certains viscères contenus dans le sac herniaire, par analogie avec ce que l'on observe dans les animaux hibernans, chez lesquels le ralentissement de la circulation amène cet embonpoint qui précède leur léthargie.

La pathologie est riche aussi en faits tendant à démontrer quelle est la solidité donnée aux parois des vaisseaux par la compression. Ainsi, quand on retire un appareil de fracture, il est de règle de laisser encore quelque temps une légère compression sur le membre, autrement l'on verrait les capillaires, habitués à être soutenus par l'appareil, s'engorger, se rompre, et la gangrène survenir.

La compression est donc la cause de ce que le plus grand nombre des veines n'ont pas de valvules, puisqu'elle ajoute à la solidité de leurs parois et favorise la circulation. Aussi toutes les fois que les veines augmentent d'épaisseur dans un organe placé dans les conditions des viscères splanchniques, c'est seulement pour l'accomplissement des fonctions spéciales. Ainsi l'utérus renfermé dans l'abdomen n'a pas de valvules. Les veines de cet organe ne diffèrent pas plus des autres vaisseaux à sang noir de l'abdomen, sous ce rapport, que sous celui de leur structure, bien que l'on ne leur accorde généralement qu'une seule tunique interne. C'est que l'utérus, à l'exception de quelques couches musculaires superficielles régulières, est formé par l'entrelacement des veines, dont la couche musculeuse hypertrophiée constitue le tissu inextricable de la matrice ; et ce fait est susceptible de démonstration, directement par l'anatomie, et rationnellement par la physiologie et la pathologie.

Les dissections démontrent la difficulté que l'on rencontre à séparer de l'utérus les veines qui lui adhèrent par une couche musculeuse très-développée, ce dont on peut se convaincre surtout en faisant cuire une matrice. L'étude des fonctions de cet organe fait voir aussi que les veines suivent toujours, dans leur développement en volume, les variations diverses de l'utérus dans la menstruation ou la grossesse. La pathologie dévoile également les liaisons qui existent entre l'utérus, véritable tumeur veineuse, et les autres veines du corps. Ainsi, chez les femmes en couche, la fièvre puerpérale vient elle à se développer, le système circulatoire est frappé d'inertie. Si la malade succombe, l'utérus est flasque, œdémateux, tout le système veineux est frappé de la même atonie ; les veines laissent transsuder le sang à travers leurs parois ramollies ; le tissu cellulaire qui les environne est souvent œdématié comme celui de l'utérus, et souvent le siége d'abcès semblables à ceux que l'on rencontre dans le système musculaire de la matrice.

Les veines de l'utérus sont donc sans valvules comme les veines de l'abdomen, et douées du même nombre de tuniques que celles du reste du corps ; seulement la musculeuse s'est hypertrophiée.

Dans les endroits où les organes ne sont plus soumis à une pression égale, ou bien quand ce n'est qu'aux dépens de leurs fonctions que des veines volumineuses cussent eu leurs parois soutenues ; ou enfin quand les organes n'auraient pu accomplir qu'incomplètement ce rôle d'auxiliaire par rapport aux veines, la nature a paré à ces inconvéniens par le renforcement des parois de la veine, de deux manières, ou par l'épaississement accidentel d'une des tuniques, ou par l'addition d'une quatrième tunique inextensible et supplémentaire formée aux dépends du tissu fibreux des organes environnans.

Nulle part cette première disposition, qui contribue à renforcer les parois de la veine, n'a été rencontrée à un plus haut point que dans les veines du crâne, parce que dans nul autre organe il n'était aussi important pour le libre accomplissement de ces fonctions, que les veines ne fussent pas susceptibles d'accroissement en volume.

La tunique musculeuse, par suite d'une transformation très-commune dans l'organisation, est changée en une membrane fibreuse, seulement dans les veines les plus volumineuses qui sont unies à la membrane fibreuse d'enveloppe de l'organe, et accompagnées par elle dans les principales divisions du cerveau. Ces replis, connus sous le nom de *faux*, sont entièrement analogues à la capsule de Glisson. Les fonctions de cette membrane, considérée comme organe de protection et d'auxiliaire à la circulation veineuse, rendent cette analogie encore plus frappante. Ainsi la dure-mère enveloppe tout le système nerveux, et l'accompagne sous le nom de névrilème dans toutes ses divisions. De plus, la résistance de sa structure fibreuse fournit aux veines le moyen de lutter contre l'effort latéral du sang qui aurait pu être nuisible à la substance cérébrale environnante. — Comme moyen de protection, nous venons de voir les avantages attachés à la structure fibreuse des veines ; comme organes de la circulation, nous allons voir quelles modifications cette disposition apporte au libre cours du sang.

L'on comprend d'abord que la fixité de cette membrane aux os limite la pression à laquelle les veines sont soumises, et que, sous ce rapport, elles ne sont pas dans les conditions de celles qui sont libres dans les trois cavités splanchniques. Par conséquent, se trouve détruit un des agens les plus énergiques de la circulation veineuse, la compression. De cette dispo-

sition résulte aussi que les reflux qui s'opèrent dans les inspirations ont un retentissement si direct jusque dans les veines cérébrales, bien que cependant la veine jugulaire interne, à son origine du côté du cœur, porte une valvule constante pour lutter contre cette marche rétrograde du sang.

Cette structure des grosses veines cérébrales, quoiqu'en ait dit le plus grand nombre des anatomistes, n'est pas une organisation exceptionnelle, mais bien une disposition générale pour tout le système fibreux, où les veines sont réduites à leur paroi interne et à la tunique musculeuse qui a subit une transformation fibreuse comme dans le périoste des os du crâne.

Voyez les ligamens, les aponévroses, le périoste des os, la membrane médullaire? Les veines y sont réduites à la paroi séreuse et fibreuse; aussi la circulation dans ce système doit-elle être plus lente que partout ailleurs, car ces veines sont, comme celles du crâne, dépourvues de valvules, et cette lenteur de la circulation est en rapport avec le peu de vitalité de ces tissus, dont l'organisation est si voisine de celle du système osseux.

Aussi l'on conçoit que, par suite d'une des transformations successives de l'organisme, la tunique fibreuse puisse se changer en une substance osseuse; alors les veines sont réduites à une seule couche, la séreuse, comme on le voit dans le tissu spongieux, dans les sinus du diploé. Cette disposition, loin d'être défavorable à la circulation, ne fait au contraire que lui être propice; car la dilatation permanente dans laquelle se trouvent les veines, fait que l'action ne devient que plus directe, soit qu'elle parte des capillaires ou de l'aspiration résultant de la respiration.

Mais il n'en est pas de même dans les transformations successives des artères; car le manque d'élasticité qui en résulte est une atteinte portée à la circulation, et la conséquence de cela est la stagnation du sang dans le vaisseau, la formation d'un caillot, l'oblitération du calibre de l'artère. Rappelez-vous ce qui se passe dans l'ossification des cartilages costaux, par exemple, et vous verrez que ce ne sont pas les veines que l'on voit s'oblitérer par un caillot, mais bien les artères. Une conclusion nécessaire de cette observation, c'est que si les veines persistent longtemps, elles doivent, dans les os tout formés, prédominer en nombre sur les artères; et si l'anatomie ne le démontrait pas, comme elle le fait, on pourrait le présumer de prime-abord à l'inspection du cadre nosologique des maladies des os : ne voit-on pas qu'un grand nombre semble résulter du trouble apporté dans les fonctions d'absorption et d'exhalation des veines, comme le rachitis, l'ostéomalaxie, l'éburnation, la dégénérescence graisseuse; ou bien d'autres maladies, d'une lésion dans leur structure, comme le fongus hématode érectile veineux? sans parler d'autres lésions pathologiques qui, n'étant pas encore bien connues, ne peuvent pas encore être considérées comme appartenant à des lésions du système veineux?

Le grand développement des veines dans le système osseux doit donc faire présumer qu'elles jouent un rôle très-important dans la formation et dans la vie des os. Et si dans les animaux inférieurs un seul ordre de vaisseaux suffit pour la formation d'une très-grande quantité de matières calcaires, pourquoi n'en serait-il pas de même chez les animaux supérieurs?

L'on conçoit même que la multiplicité des veines, par l'étendue de leur surface exhalante et absorbante, supplée à la lenteur nécessaire pour des actions toutes chimiques qui croissent d'énergie par le repos, comme celles de l'organisme, au contraire, prennent de l'intensité par le mouvement. Les veines réduites à la membrane interne sont donc un véritable endosmomètre à travers lequel pénètrent les parties du liquide propres à former la base solide des os. La nature même du liquide que les veines charrient semble le plus propre à constituer les os; car le sang noir n'est-il pas plus riche en sérum que le sang artériel, partie du sang, qui, comme on le sait, tient en dissolution les principes salins propres à constituer la base des os?

Ce n'est pas que je pense que les artères ne jouent un rôle très-important. Le volume considérable qu'elles ont chez le fœtus, et la prédominance en nombre qu'elles ont sur les veines, prouvent qu'elles doivent remplir une part active dans les formations des os. Qu'on se rappelle la consistance fibreuse et cartilagineuse par lesquelles passent les os, et l'on verra si les artères ne doivent pas être les organes formateurs de la trame dans laquelle les veines déposent plus tard la matière calcaire; aussi les artères commencent-elles à s'oblitérer dans un cartilage costal avant que l'ossification soit complète, et les veines sont chargées de ce dernier office. Les expériences de Scarpa confirment ces faits, comme on peut le voir dans son ouvrage *De anatome et pathologiâ ossium commentarii* : « Il n'y a, dit-il, aucun doute que les artères dont les os sont abondamment pourvus lorsqu'ils sont irrités, ne présentent des pulsations plus fortes et plus fréquentes en tant qu'elles ne sont pas rétrécies ou obstruées par la matière salino-terreuse; car cette matière, qui constitue la dureté des os et leur donne la solidité, loin d'être favorable à leurs fonctions organiques, s'y oppose et les interrompt même quelquefois. Chez les chiens auxquels on détruit la moelle du radius, et chez lesquels au septième jour la substance compacte est ramollie et très-gonflée, les artères, finement injectées de gluten rougeâtre, sont si nombreuses dans cette substance, que l'on ne découvre aucun point qui ne soit rouge; ce que l'on n'observe pas au radius sain de l'autre membre, quoique les artères soient injectées en même temps avec le même soin, la même force : preuve certaine que les artères qui se distribuent dans la substance compacte, ramollie, gonflée, et privée en grande partie d'élémens terreux, sont dilatées extraordinairement, et que, secondées par une force plus énergique du cœur, elles poussent dans le tissu intérieur de l'os une plus grande quantité de sang; et c'est aussi le motif pour lequel les os des enfans, moins chargés de phosphate calcaire, croissent, s'alongent, s'élargissent, et se rejoignent, lorsqu'ils ont été fracturés, plus promptement que chez les adultes. »

Telle est donc la série des transformations que peuvent subir les veines. Le tissu cellulaire qui les environne peut aussi se convertir en une espèce d'étui fibreux inextensible dans les endroits où les fonctions des organes ou des veines eussent pu être troublées par la compression dans leurs variations réciproques de volume.

Dans les glandes, par exemple, où le volume des veines eût été susceptible de nuire à la sécrétion en comprimant le tissu de l'organe, on rencontre cette disposition. La capsule fibreuse accompagne les veines. Glisson avait bien entrevu que cette structure peut avoir cet usage. Laënnec s'est attaché à démontrer que le foie n'est pas le seul organe dans ce cas, mais que toutes les membranes qui enveloppent les organes pénètrent dans leur intérieur en accompagnant les vaisseaux. Peut-être pourrait-on penser que ce n'est qu'un tissu cellulaire unissant lâchement les divers ordres de vaisseaux entre eux; mais le plus simple examen convaincra qu'outre le tissu cellulaire, il se rencontre une membrane inextensible qui, dans le foie, par exemple, accompagne jusqu'à leur terminaison la veine porte, l'artère et les canaux hépatiques, sépare les trois vaisseaux de la substance du foie. Peut-être fera-t-on une objection, en apparence fondée, en représentant que les veines sus-hépatiques ne sont pas environnées par la capsule de Glisson; mais on ne s'étonnera pas de cette disposition, si l'on fait attention qu'elle n'est pas sujette aux mêmes variations de volume que la veine porte, et que son volume est entièrement subordonné à celui des vaisseaux afférens du foie. Cette tunique fibreuse ne se borne pas aux organes glanduleux partout où la contraction musculaire, la pesanteur du liquide ou le reflux du sang auraient pu dilater les veines : alors on trouve cette tunique supplémentaire comme aux membres, à la tête et au cou. Il est facile de s'en assurer en faisant une section perpendiculaire à l'axe de ces parties : alors on voit que la veine est béante, et comprise dans une gaîne fixée aux os environnans d'une manière invariable, de sorte qu'elle ne peut changer de place.

Plusieurs usages se rattachent à une disposition de cette substance : d'abord ceux que j'ai déjà signalés, qui sont relatifs à la protection qu'elle fournit à la veine contre l'effort latéral; de plus elle est un obstacle à ce que les contractions musculaires ne déplacent cette même veine; et au voisinage de la poitrine, à ce que la pression atmosphérique n'en obstrue le calibre dans les grandes inspirations; et enfin dans les grandes expirations elle empêche que les parois des veines ne soient trop distendues.

Ces derniers usages, attribués aux gaînes fibreuses par M. le professeur Bérard, avaient déjà été indiqués par Haller, qui, à propos du péricarde, avait dit : « *Sed omninò oportune mucroni cordis fundamentum ponere, limitesque fingere, ne ponderi obediat et dextrorsum sinistrorsumve vacillat vasaque magna dum palpitat detrahat.* »

Des faits pathologiques viennent aussi à l'appui de ces considérations physiologiques. On peut voir pourquoi cette disposition des veines, lorsqu'elles sont intéressées accidentellement, peut devenir la cause directe de la mort, par suite de l'absorption de l'air; aussi l'on conçoit que plus on se rapproche de la poitrine, plus les accidens déterminés sont graves, et cela pour trois raisons : la grandeur de l'orifice du vaisseau, la position béante dans laquelle il reste, et enfin la plus grande énergie de la force aspirante.

L'on comprendra aussi, par cette disposition, comment la blessure des veines profondes des membres peut donner lieu à une hémorrhagie promptement mortelle, la lumière du bout inférieur de la veine étant maintenue béante par la membrane fibreuse qui lui sert de gaîne. Ainsi j'ai vu et disséqué avec soin le membre d'un homme qui reçut un coup d'espadon à la partie externe de la jambe. Il survint une hémorrhagie d'un sang noir que l'on ne chercha d'abord à arrêter que par des lotions avec l'eau froide; ensuite M. Dupuytren jugea convenable d'arrêter cette hémorrhagie par la ligature de la crurale. L'écoulement cessa bien par ce procédé, mais était-ce par ce que les capillaires ne recevaient pas de sang? Le malade ayant succombé à une résorption purulente, son membre fut injecté par le système artériel, et il ne fut pas possible de trouver sur le trajet des artères une lésion qui légitimât la ligature que l'on avait pratiquée.

Dans le système veineux, nous avons vu les parois des vaisseaux alternativement renforcées par la compression des organes environnans, par l'épaississement dans les tuniques, ou bien par l'addition d'une couche inextensible. Mais ce ne sont pas les seuls moyens que la nature ait employés pour la solidité des veines. Ainsi dans un petit nombre de veines l'on trouve des valvules qui, à quelques exceptions près, ont pour usage de couper en plusieurs sections la colonne de liquide qui aurait pesé trop énergiquement sur les parois du vaisseau.

Plusieurs raisons paraissent prouver que les valvules jouissent de cette action spéciale, et non qu'elles remplissent principalement des usages relatifs à la circulation; car on n'en rencontre pas dans les endroits où le reflux est le plus marqué, comme dans les veines qui environnent la poitrine. De plus, on les trouve plus nombreuses et plus rapprochées dans les parties où évidemment elles ne remplissent pas la fonction d'être un obstacle à la marche rétrograde du sang.

Enfin, nous ajouterons qu'un examen scrupuleux montre que, dans plusieurs endroits où l'on remarque des valvules, elles n'obstruent pas entièrement le calibre de la veine : outre cela, quand ces valvules pourraient, dans l'état de vacuité, combler la lumière de la veine, il n'en serait plus de même dans l'état de réplétion : la pesanteur de la colonne de sang suffit pour augmenter le diamètre de ce vaisseau à parois extensibles, dont le calibre dépasse alors l'étendue des digues opposées au cours du sang; ce qui explique pourquoi la dilatation variqueuse est si fréquente dans les veines qui ont le plus de valvules.

Cependant dans certaines circonstances on ne peut

nier que les valvules n'aient pour usage de s'opposer au retour du sang vers les capillaires : mais ce n'est qu'autant qu'elles se trouvent dans les mêmes conditions que les valvules de l'artère pulmonaire ou de l'aorte, quand elles se trouvent appliquées sur des parois inextensibles, comme par exemple les valvules que l'on trouve à l'origine de la veine jugulaire profonde qui est rendue inextensible par la gaîne fibreuse dans laquelle elle se trouve contenue.

Dans tout autre cas on ne peut admettre que les valvules aient des usages différens de ceux que nous leur avons assignés. L'examen anatomique vient à l'appui de cela. Ainsi les valvules sont plus nombreuses dans les veines superficielles que dans les veines profondes, où elles sont cependant exposées à des pressions inégales. Mais si l'on considère que les veines superficielles sont soutenues moins efficacement par les organes environnans, il sera facile de prévoir que leurs parois étaient bien plus exposées à céder aux forces qui sollicitent le sang, et l'on ne verra alors dans la disposition valvulaire qu'un moyen de renforcer les parois en empêchant la colonne de liquide de peser de toute sa hauteur. Cette structure est cause que, quand une veine est ouverte, la pression latérale étant considérablement atténuée, et même rendue presque nulle, le sang ne s'écoule pas par la plaie, à moins qu'il ne se rencontre quelque obstacle à la circulation. Mais supposez qu'il n'y ait pas de valvules, et le sang coulera d'une veine comme d'une artère. Cette disposition des veines est donc des plus avantageuses, puisque la lésion de ces vaisseaux, continuellement exposés par leur situation, eût pu donner lieu à des accidens extrêmement graves, ou même à la mort. On peut en juger par ce qui arrive dans le cas de varices, quand, par suite de l'état pathologique des veines, les valvules sont détruites ; la colonne de sang presse sur les parois des vaisseaux, finit même quelquefois par les rompre. Alors le sang s'écoule, et l'on a la plus grande difficulté à arrêter cette hémorrhagie.

Malgré cette protection donnée par les valvules, ce sont les veines qui en ont le plus qui sont le plus exposées à devenir variqueuses. C'est, comme je l'ai dit, l'extensibilité de leurs parois qui fait que les valvules remplissent mal leur office, et qu'elles ne sont pas aussi bien maintenues que par la compression des organes environnans. Le tissu qui entoure ces veines peut seconder beaucoup l'action des valvules par la résistance qu'il présente ; c'est ce qui fait que l'action variqueuse est très-commune chez les individus à peau flasque et fine, à tissu cellulaire lâche, comme chez les sujets lymphatiques ; tandis qu'elle est rare chez les personnes dont le tissu cellulaire est serré, dont la peau jouit d'un grand ressort. L'art aussi a pris à tâche de prendre la nature pour modèle, en cherchant, par une compression modérée et permanente, à favoriser la circulation veineuse.

Si dans les veines superficielles les valvules ont pour propriété spéciale de renforcer les parois, elles sont, dans les veines profondes soutenues par les gaînes fibreuses, seulement des digues opposées au cours du sang ; la compression qu'elles éprouvent est une condition favorable à cette fonction, puisqu'elle supplée à l'inextensibilité du vaisseau, condition nécessaire pour qu'une valvule fonctionne. La compression, qui, lorsqu'elle s'exerce d'une manière invariable et uniforme, est une force suffisante pour soutenir les parois des vaisseaux et favoriser la circulation, devient donc un auxiliaire pour les veines superficielles et profondes, quand elle s'exerce d'une manière inégale. Supposez un moment le corps soumis à une pression égale, et les valvules disparaîtront ; c'est ce qu'on voit dans le fœtus, qui, plongé dans le liquide de l'amnios où il subit une pression uniforme, se trouve dans les mêmes conditions que les viscères splanchniques.

Si à l'époque de la naissance on remarque des rudimens de valvules, quelques mois auparavant on n'en découvre aucun vestige : on ne trouve qu'un seul système circulatoire composé d'un seul ordre de vaisseaux charriant une seule espèce de sang, qui est poussé par un seul cœur ; car si dans les derniers mois de la grossesse il existe deux ventricules, ils n'ont qu'un seul usage, puisqu'ils reçoivent l'origine bifurquée de l'aorte. Une telle disposition donne à la circulation une énergie double, et l'on conçoit de quelle importance il était que la force d'impulsion donnée au liquide fût augmentée chez le fœtus, l'absence de respiration détruisant une des forces les plus énergiques dans la circulation veineuse. Mais la nature y a pourvu admirablement en doublant l'énergie de la circulation par l'emploi du ventricule droit qui sans cela n'aurait eu aucun usage. L'impulsion donnée au sang doit donc être suffisante pour lui faire parcourir toute la circonférence du cercle circulatoire, et l'action du cœur sur le système veineux doit être favorisé par l'état des capillaires ouverts plus largement, et permettant par suite aux impulsions données au liquide de retentir dans tout le cercle circulatoire.

L'absence de valvules concourt aussi à ce qu'il n'y ait pas d'obstacle à la circulation ; leur présence en effet devenait inutile, puisqu'une seule direction est donnée au liquide, et qu'il ne peut y avoir de reflux. La solidité des veines cependant n'en souffre pas, car la structure de leurs parois se rapproche beaucoup de celle des artères ; ressemblance dont les capillaires seuls, chez les adultes, conservent l'empreinte dans les divers parenchymes où il n'y a qu'un seul ordre de vaisseaux comme une seule circulation.

Ajoutez que les veines superficielles du fœtus sont soutenues par la compression du liquide de l'amnios, qui, s'exerçant uniformément, favorise la circulation veineuse en soutenant les parois de ces vaisseaux. Une preuve que le fœtus est comprimé dans la matrice, c'est qu'à l'époque de la naissance, les vaisseaux cessant d'être maintenus, l'enfant prend une coloration rouge qu'il conserve pendant quelques jours ; et cela ne tient pas aux efforts de l'accouchement, puisque l'on remarque ce phénomène lorsque l'enfant vient au jour par l'opération césarienne, et sans qu'il y ait eu de contractions de la matrice. Cette compression dans la matrice s'exerce d'une manière uniforme ; car aussitôt que l'équilibre

est rompu, on voit survenir des accidens ; ainsi, lorsque, dans l'accouchement, la poche des eaux est déchirée, la matrice s'applique immédiatement sur le fœtus, et l'on voit un trouble en résulter dans la circulation veineuse ; plusieurs veines, inégalement soutenues ou comprimées, se rompent et donnent lieu à ces céphalæmatomes, bosses sanguines que l'on ne remarque pas seulement à la tête, mais aussi dans toute autre partie du corps.

Le principe de la circulation est donc tout différent dans le fœtus ou dans l'adulte, puisque dans le premier le sang est mu par deux puissances que l'on peut comparer à deux pompes foulantes, agissant toutes deux sur un même point et simultanément dans une même direction du cercle circulatoire ; tandis que dans l'adulte c'est d'une part une pompe foulante, et de l'autre une pompe aspirante, dont les actions sollicitent bien le liquide dans le même sens, mais sont réparties aux deux extrémités de la voie que le sang parcourt.

En nous résumant donc sur la circulation veineuse chez le fœtus, les circonstances qui accélèrent la circulation sont la contraction des deux ventricules, la communication libre des deux systèmes artériel et veineux, le peu de différence de leur capacité, le passage de vaisseaux plus larges dans des vaisseaux plus étroits, ce qui, à la périphérie, fait prendre au liquide un mouvement accéléré ; l'absence complète de valvules, puisque le liquide n'avait à se mouvoir que dans un sens, et enfin l'uniformité de pression à laquelle les vaisseaux sont soumis : car l'action du sang sur les parois est combattue avec avantage par la compression des eaux de l'amnios dans lesquelles le fœtus plonge, et est encore diminuée par la rapidité de la circulation en vertu de ce principe d'hydraulique qui fait que la pression exercée par le liquide sur les parois des canaux qu'il parcourt est en raison inverse de la rapidité dont il est animé.

Recherches cliniques pour servir à l'histoire des maladies des vieillards ; faites à la Salpêtrière ; par MM. Hourmann, agrégé de la Faculté, médecin du Bureau central, et Dechambre, interne des hôpitaux.

(IVe Mémoire.)

Pneumonie des vieillards. — IIe. partie. — *Etiologie et Symptomatologie.*

Avant d'aborder la partie étiologique et symptomatologique de l'histoire de la pneumonie des vieillards, nous indiquerons sur quels matériaux nous allons chercher à l'établir.

On a vu dans notre précédent Mémoire que nos observations de pneumonie se montaient à 156. Sur ce nombre, 47, dont 21 avec autopsie, ne se composent que de simples notes destinées seulement à constater l'existence et le siége de la pneumonie. Restent 109 observations recueillies minutieusement jour par jour :

1°. 33, des 53 malades guéries.	33
2°. 9, des 15 malades mortes avec les signes les plus tranchés de la pneumonie, mais dont l'autopsie n'a pas été faite.	9
3°. 67, des 88 malades mortes avec une imperméabilité complète du poumon, et dont l'autoposie a été faite (18 cas de pneumonie *inter-vésiculaire*, 49 de pneumonie-vésiculaire.)	67
	109

C'est cet ensemble de faits qui nous fournira les traits du tableau que nous avons à tracer, et dans toute question susceptible de solution par des chiffres, nous en utiliserons les données numériques.

§. Ier. *Causes de la pneumonie chez les vieillards.* — Deux ordres de causes concourent à la production si fréquente de la pneumonie chez les vieillards. Les unes, liées à l'état même de l'organisme, tiennent en quelque sorte constamment le poumon sous l'imminence de la phlegmasie ; les autres, passagères, accidentelles, se joignent le plus souvent aux premières pour déterminer son invasion.

Causes prédisposantes. — Nous avons déjà signalé dans les poumons des vieillards (Ier Mémoire), un état de bronchorrhée habituelle, ainsi que de congestion permanente plus ou moins marquée, suivant le type auquel ils appartiennent. Ces conditions organiques constituent la prédisposition la plus active à la pneumonie. Diverses causes, qui entretiennent plus ou moins directement cette fluxion sanguine des poumons, exercent aussi médiatement une influence prédisposante très-marquée. Nous noterons sous ce rapport, en première ligne la rigidité de tout l'appareil mécanique de la respiration, qui ne gêne pas seulement le passage de l'air et l'expectoration des mucosités bronchiques, mais entrave encore la circulation pulmonaire ; viennent ensuite les affections organiques du cœur et des gros vaisseaux, si variées et si communes dans le vieil âge, et dont l'effet est le même, ainsi que diverses intumescences abdominales qui refoulent le diaphragme et les organes thoraciques, celle surtout qui est due à la distension des intestins par des gaz que l'inertie de leurs parois leur permet difficilement d'expulser. Une prédisposition qui ne peut non plus être contestée, car elle aboutit en définitive au même terme, la gêne de la circulation pulmonaire, c'est l'affaiblissement des forces, soit simplement sénile, soit dû à quelqu'autre cause débilitante générale ou locale, telle que le scorbut, une diarrhée chronique, une lésion ancienne ou récente du cerveau, etc. Enfin sur les limites des causes prédisposantes et occasionnelles se trouvent la bronchite aiguë qui vient s'enter si vite chez les vieillards, sur la bronchite chronique, et ces noyaux d'engorgement que nous avons indiqués dans notre premier mémoire et dont l'histoire appartient à celle de la pneumonie chronique, terminaisons incomplètes et fréquentes de pneumonies antérieures sur lesquelles nous re-

viendrons, et qui fixent autant de points d'irritation persistante au milieu du parenchyme. Nous devons ajouter en dernier lieu, que chez les vieillards l'inflammation de l'un des poumons est une prédisposition à l'inflammation de l'autre; aussi la pneumonie double est-elle très-commune à cet âge.

Ces diverses prédispositions à la pneumonie seront promptement saisies par tous les observateurs qui analyseront avec soin toutes les circonstances qui se rattachent à une maladie si funeste aux vieillards. Elles n'ont point échappé, pour la plupart, à M. Piorry, et nous nous empressons d'indiquer encore ici la conformité de nos résultats avec ceux de ce médecin consciencieux. Quant à l'étendue de l'influence qu'exercent ces prédispositions, sa détermination ne peut guères être séparée de celle du mode d'invasion de la phlegmasie, mode variable que nous étudierons tout à l'heure.

Causes occasionnelles. — 1° *Action du froid.* — On a pu mettre en doute l'influence du froid sur la production de la pneumonie chez l'adulte : chez le vieillard, cette cause est des plus positivement démontrées. Il est, du moins, notoire à la Salpétrière, que les abaissemens de température sont constamment marqués par l'élévation du chiffre des maladies aiguës, dont les 5/6 sont des pneumonies. Souvent en quelques jours les salles de l'infirmerie s'en trouvent pleines.

Voici, du reste, comment sont distribuées, suivant les époques de l'année, nos 156 observations (1) :

En janvier.	17
En février.	19
En mars.	31
En avril.	20
En mai.	11
En juin.	6
En juillet.	3
En août.	1
En septembre.	1
En octobre.	5
En novembre.	19
En décembre.	23
	156

Et dans le cas où l'on ne voudrait s'en rapporter qu'aux autopsies pour accepter le diagnostic, voici à cet égard le relevé de nos notes :

En janvier.	6
En février.	14
En mars.	20
En avril.	9
En mai.	8
En juin.	4
En juillet.	2
En août.	1
En septembre.	0
En octobre.	4
En novembre.	15
En décembre.	10
	88

2° *Variations de température.* — L'influence atmosphérique est tellement manifeste sur la production de la pneumonie des vieillards, qu'on peut la constater jusque dans les alternatives de température considérées indépendamment du degré absolu du froid, et même les deux tableaux qui précèdent, tout en montrant que la pneumonie est plus fréquente en hiver qu'en été, signalent que son maximum de fréquence ne correspond pas à l'époque du plus grand froid, mais bien à celle où la température, sans être glaciale comme en janvier, ni brûlante comme en juillet, est surtout sujette à de brusques alternatives. Ce maximum de fréquence s'observe dans les mois de mars et la première moitié d'avril. En mars 1834, par exemple, où les variations atmosphériques furent très-prononcées sans que le thermomètre descendît au-dessous de + 4, 7, nous observâmes beaucoup plus de pneumonies qu'aux époques de la même année où le froid fut le plus rigoureux.

3° *Action des vents.* — Les vents secs et violens ont été notés comme favorisant le développement des maladies de poitrine. Nous l'avons constaté également à la Salpétrière. Il est probable qu'ils n'agissent que par le froid qu'ils produisent, et comme d'ailleurs ils coïncident le plus souvent avec les grandes variations atmosphériques, il est difficile de faire la part de leur action. Mais la *direction* des vents, indépendamment de toute autre condition de l'atmosphère, exerce-t-elle une influence spéciale sur les poumons, de manière à provoquer leur inflammation? Hippocrate avait signalé le vent de *nord-est* comme ayant cet effet. Ce que nous pouvons assurer relativement à nos vieillards, c'est que dans le cours des deux dernières années et cette année même (1836), au mois de mars et d'avril, pendant tout le temps (douze jours en 1834), qu'une augmentation considérable eut lieu dans le nombre des pneumonies, la flèche placée sur l'église de la Salpétrière a pris la direction du *nord-est* et s'y est maintenue invariablement. Nous avons dit qu'à cette époque aussi la température était abaissée et soumise à des variations.

4° *Décubitus prolongé.* — La stase du sang dans les parties déclives des organes, est une cause de phlegmasie qu'on peut surtout vérifier à l'occasion de la pneumonie chez les vieillards soumis à un décubitus prolongé. Toutefois nous n'en parlons qu'en dernier lieu, parce que son influence ne consiste le plus ordinairement qu'à aider l'action de toutes les causes signalées précédemment, et ne se fait guères sentir que lors-

(1) Nous devons prévenir qu'absens du service de l'infirmerie pendant une portion d'août (dernière quinzaine), et de septembre (première quinzaine), nous ne pouvons comparer rigoureusement le chiffre de ces deux mois avec celui des autres mois, des pneumonies ayant pu se présenter sans que nous les ayons recueillies.

qu'elles s'y trouvent réunies. Cette influence est d'ailleurs suffisamment prouvée par les résultats d'anatomie pathologique exposés dans notre troisième Mémoire. Nous avons vu, en effet, 1° que la pneumonie *inter-vésiculaire* occupait toujours soit le bord postérieur du poumon, soit la totalité du lobe inférieur; 2° que la pneumonie *vésiculaire* du bord postérieur était une fois plus fréquente que celle du bord antérieur; 3° que la pneumonie du lobe supérieur a quelquefois lieu aux environs de la scissure, et celle du lobe inférieur le plus souvent vers son bord postérieur. Or, cette prédilection de la pneumonie pour les parties qui se trouvent être les plus déclives dans le décubitus dorsal, ne peut être attribuée qu'à ce décubitus lui-même.

Cette opinion est encore appuyée par deux autres considérations également tirées de nos faits d'anatomie pathologique : la première, c'est que la pneumonie du lobe inférieur, qui est le plus déclive dans le décubitus dorsal, a lieu le plus ordinairement du côté droit, côté sur lequel on s'incline habituellement dans ce décubitus, tandis qu'à gauche, au contraire, la pneumonie du lobe inférieur est infiniment plus rare que celle du lobe supérieur. La seconde considération se tire de l'observation que nous avons faite que, chez les asthmatiques qui meurent dans l'orthopnée, on trouve souvent une forte congestion de la base même des poumons, au milieu de laquelle nous avons rencontré plusieurs fois la véritable hépatisation.

L'influence du décubitus prolongé sur la production et la détermination du siége de la pneumonie chez les vieillards, est donc un fait parfaitement établi, et sur lequel M. Piorry a justement insisté dans son histoire de la pneumonie hypostatique; mais, nous le répétons, cette influence n'a, en général, d'activité bien manifeste qu'autant que les autres causes déterminantes que nous avons mentionnées concourent avec elle. L'été, en effet, quand les poumons des vieillards ne sont plus soumis au froid et aux vicissitudes atmosphériques auxquelles ils se montrent si impressionnables pendant l'hiver et le printemps, le décubitus prolongé ne joue plus un rôle aussi appréciable dans la production de la pneumonie. En tous cas, ses effets sont toujours très-favorisés par l'existence de quelqu'une des prédispositions organiques énumérées ci-dessus, notamment l'état de pléthore; aussi est-ce une remarque constante que le décubitus dorsal prolongé est infiniment moins funeste chez les vieilles femmes maigres et cachectiques que chez les vieilles femmes grasses et sanguines dont nous avons formé notre première catégorie.

Si maintenant on jette un coup-d'œil sur tout ce que nous venons de dire de la pneumonie des vieillards, on verra que parmi toutes ses causes il en est qui, prédisposantes, sont communes à tous les sujets (affaiblissement sénile, catarrhe chronique); d'autres qui se rencontrent chez un très-grand nombre (maladies du cœur, etc.); d'autres enfin qui, comme occasionnelles, exercent sur les vieillards une action beaucoup plus marquée que chez les adultes (influences atmosphériques, décubitus), et l'on comprendra ainsi pourquoi la pneumonie est à la fois si fréquente et si grave dans la vieillesse.

On verra encore que, de ces causes, les unes sont de nature à déterminer des congestions actives, les autres des congestions passives du poumon; mais on commettrait une erreur si l'on pensait que l'action de ces causes est toujours isolée. Le plus souvent elles se combinent, et alors, tantôt c'est une cause de congestion active (froid subit, etc.), qui *détermine* une fluxion sanguine inflammatoire vers le poumon, et c'est en vertu d'une prédisposition débilitante, aidée ordinairement du décubitus, que la pneumonie *se fixe* de préférence dans un tel point de l'organe; tantôt, au contraire, c'est une congestion, de nature d'abord toute passive, qui détermine consécutivement une véritable phlegmasie, soit sous l'influence d'un refroidissement ou de toute autre cause analogue, soit même, ce qui est beaucoup plus rare, par le simple effet de la stase sanguine prolongée ou excessive, d'après la loi de physiologie pathologique, *ubi fluxus, ibi stimulus.*

§ 2. *Mode d'invasion de la pneumonie des vieillards.* — La pneumonie chez les vieillards débute de deux manières parfaitement distinctes; tantôt brusquement et avec le cortége des symptômes qui l'annoncent habituellement chez l'adulte; tantôt lentement, sourdement, et en l'absence de ces symptômes.

1° Dans la première forme de début, la maladie s'annonce quelquefois tout à coup par un frisson suivi bientôt de point de côté, et plus souvent par ce dernier seul sans frisson, ou bien celui-ci se déclare consécutivement sous forme d'horripilations générales. L'accès de frisson, quand il existe, ne se renouvelle ordinairement pas; il se termine par de la chaleur, à laquelle succède par fois un peu de moiteur, et très-rarement une sueur prononcée.

A la Salpêtrière, le début de la pneumonie prend toujours, à l'époque des mois de mars et d'avril, un caractère d'acuité spéciale. Le frisson et le point de côté sont plus fréquens; ordinairement précédés pendant plusieurs jours, quelquefois même une ou deux semaines, de céphalalgie, d'étourdissemens, d'angines, de coryza avec épistaxis, de douleurs musculaires erratiques, etc., et la pneumonie une fois déclarée, les malades tombent promptement dans un état de stupeur et d'adynamie.

2° Dans la seconde forme de début, on n'observe ni frisson, ni point de côté : un malaise général, de la faiblesse, l'augmentation ou l'irrégularité des mouvemens respiratoires, une petite toux saccadée, de la chaleur à la peau, voilà souvent les seuls accidens qui signalent l'invasion de la phlegmasie des poumons. Mais il s'en faut de beaucoup que tous ces symptômes se trouvent constamment réunis. Il ne survient quelquefois ni chaleur à la peau, ni toux, ni désordre de la respiration, et tout ce qu'on observe c'est le malaise général et la faiblesse. Les malades restent couchées, ont moins d'appétit, et ne peuvent rendre compte de leur état. Il peut même arriver que la toux et la dyspnée, si elles existaient antérieurement comme symptômes d'un asthme ou d'un catarrhe ancien, cessent, ou tout au moins diminuent beaucoup au moment où se déclare la

pneumonie. Ce fait singulier, nous l'avons constaté plusieurs fois : mais par sa singularité même, il fournit alors un signe négatif qui peut mettre sur la voie du diagnostic. Au reste, il faut bien se garder de s'en rapporter sur ce sujet aux malades. Les vieillards se plaignent très-rarement de dyspnée dans la pneumonie, quelle que soit la fréquence de leur respiration ; aussi faut-il toujours *compter* les mouvemens du thorax. Or, ce compte fait, le calme et même le ralentissement sensible de la respiration, signalent quelquefois, comme nous venons de le dire, l'invasion de la pneumonie.

Enfin, dans quelques cas plus obscurs encore, nos vieilles femmes ne se plaignent même pas de faiblesse ni de malaise. Elles ne demandent pas à venir à l'infirmerie : personne dans leur dortoir, ni surveillantes, ni filles de service, ni voisines, n'apperçoivent de changement dans leur position. Elles se lèvent, font leur lit, se promènent, mangent comme à l'ordinaire, puis elles se sentent un peu fatiguées, se penchent sur leur lit, et expirent. C'est là une des *morts* dites *subites*, de *vieillesse*, à la Salpétrière. On ouvre les cadavres, et l'on trouve une grande partie du parenchyme pulmonaire en suppuration. Des faits remarquables de ce genre se sont passés sous nos yeux à l'infirmerie, sur des femmes reçues primitivement pour des maladies tout à fait étrangères aux poumons, et dont elles étaient guéries. Ainsi une pauvre vieille de 85 ans, couchée au n° 12 de la salle Saint-Alexandre, entrée quelques jours auparavant pour une simple indigestion, nous parlait gaîment, et pour nous prouver son bon appétit, triturait à grand effort de mâchoires un biscuit de Reims : la visite de la salle n'était pas achevée qu'on est venu nous annoncer que cette femme mourait. Arrivés en toute hâte, nous avons recueilli son dernier soupir : ses lèvres retenaient encore les restes de son biscuit. A l'ouverture du corps, nous avons trouvé le poumon droit en pleine suppuration dans toute l'épaisseur de son lobe inférieur. Le larynx, la trachée-artère et les bronches étaient parfaitement libres de tout corps étranger. M. le docteur Falret nous a également communiqué l'observation curieuse d'une vieille femme morte brusquement de pneumonie dans son service (aliénées), sans qu'aucun indice ait pu faire soupçonner l'état de la poitrine. Mais ici il importe beaucoup de tenir compte de l'aliénation, pour apprécier toutes les conditions qui ont rendu la phlegmasie latente. La vieille femme dont il s'agit, *reine de tous les lieux*, était remarquable par sa loquacité habituelle et la vigueur des intonations de sa voix. Un matin, sans que rien ait indiqué chez elle le moindre changement morbide, au point qu'elle se promenait et pérorait avec la même énergie de délire que de coutume, on la vit tomber, et bientôt mourir. Un poumon *tout entier* était converti en hépatisation grise.

Nous avons cru utile de savoir si la forme du début de la pneumonie avait quelques rapports avec son siége, et cela principalement suivant qu'il occupait soit le bord antérieur, soit le bord postérieur.

Cette recherche, qui paraît simple d'abord, offre beaucoup de difficultés. Si une pneumonie du lobe supérieur appartient à la moitié antérieure du poumon quand la grande scissure interlobaire est verticale, elle peut au contraire appartenir en grande partie à sa moitié postérieure, quand la scissure est plus ou moins horizontale (1er mémoire). Ce serait encore une mauvaise manière de procéder que de prendre d'une part toutes celles du bord postérieur, et de chercher à quelle forme de début correspondait chacune d'elles pendant la vie, car les symptômes d'invasion ne peuvent correspondre qu'à la lésion primitive, et il peut se faire que l'inflammation d'un bord ne soit que consécutive à celle du bord opposé.

Nous avons donc choisi pour l'étude de cette question, parmi nos observations de pneumonie *vésiculaire* avec autopsie, et suffisamment détaillées (49) : 1° celles où le foyer inflammatoire était unique ; 2° celles où le foyer étant multiple, il *était évident* par l'inspection anatomique, que l'un d'eux était de beaucoup antérieur aux autres, et nous n'avons tenu compte que de celui-là ; 3° celles où la pneumonie s'étendant à tous les lobes d'un seul côté n'en occupait pas moins le même bord.

Dix-neuf observations seulement présentent irrécusablement toutes ces conditions. Ce chiffre minime ne nous permet que de poser les bases du travail. De ces dix-neuf observations, sept appartiennent à la pneumonie du bord antérieur, sur lesquelles une fois la forme du début ne peut être connue, deux fois eut lieu la forme *latente*, et quatre fois la forme *aiguë* ; douze appartiennent à la pneumonie du bord postérieur, sur lesquelles une fois aussi nous n'eûmes aucun renseignement sur le début, huit fois le début prit la forme *latente* et trois fois la forme *aiguë*. Il n'est pas besoin de faire remarquer maintenant combien ces observations s'accordent encore avec ce que nous avons dit sur l'influence du décubitus prolongé sur la production de la pneumonie du bord postérieur.

Des dix-huit cas de pneumonie intervésiculaire, treize offrent les conditions indiquées précédemment ; tous appartiennent à la pneumonie du bord postérieur. Sur ces treize cas, une fois la forme du début n'a pas été notée, sept fois eut lieu la forme *latente*, et cinq fois la forme *aiguë*. Dans un de ces derniers cas le parenchyme était infiltré de pus.

Le début avait pris encore la forme aiguë dans une des trois observations où le siége précis relativement aux bords du poumon, n'a pu être indiqué et dans ce cas encore le parenchyme était en suppuration. Le début avait été latent dans les quatre autres cas.

En somme, sur dix-sept de nos dix-huit cas de pneumonie intervésiculaire, le début fut aigu dans six cas, dont deux avec suppuration du poumon, et latent dans onze, auxquels appartiennent les trois autres cas de suppuration. Ainsi, malgré le siége constant de l'affection du poumon vers les parties déclives, on voit, comme nous l'avons avancé, que la forme du début, dans un bon nombre de cas, vient, indépendamment des caractères anatomiques, attester la nature vraiment inflammatoire de notre *pneumonie intervésiculaire*. La présence du pus dans les cas où l'invasion avait un

caractère passif, démontre aussi comme ce mode de début est loin de suffire pour éloigner l'idée de phlegmasie, lorsque la congestion *planiforme* purement sanguine peut cependant ouvrir la voie aux contestations.

Enfin, quelle influence peut avoir sur la forme du début de la pneumonie, l'existence ou l'absence des diverses prédispositions organiques que nous avons montrées si souvent exister chez les vieillards? Cette question, jusqu'ici négligée, nous paraît renfermer des élémens importans pour l'histoire de l'inflammation des poumons à cet âge.

D'après ce que nous avons dit plus haut de la nature et de la fréquence relative de ces prédispositions, on voit que nous ne pouvons étudier sous ce dernier rapport que les maladies du cœur et du cerveau.

Nous avons constaté l'existence de maladies antérieures du cerveau et du cœur, isolément ou simultanément; 1° dans onze de nos quarante-neuf cas de pneumonie vésiculaire bien détaillés et avec autopsie; 2° dans sept de nos dix-huit cas de pneumonie intervésiculaire; en somme dix-huit fois sur soixante-sept observations. Sur les onze cas de pneumonie vésiculaire, quel qu'ait été son siége, dix fois le début prit la forme *latente* et une fois la forme *aigue*. Sur les sept cas de pneumonie intervésiculaire, une fois nous n'eûmes pas de renseignemens sur la forme du début, cinq fois eut lieu la forme *latente*, et une fois la forme *aiguë*; en sorte que sur un total de dix-huit observations, où existait une maladie du cœur et du cerveau, la pneumonie débuta quinze fois d'une manière *latente*.

Il reste quarante-neuf cas où n'existait antérieurement ni l'une ni l'autre de ces maladies, et composés de trente-huit pneumonies vésiculaires, et de onze intervésiculaires.

Sur les trente-huit premières, quatre fois le début ne fut pas noté, quinze fois nous observâmes la forme *latente* et dix fois la forme *aiguë*. Sur les onze pneumonies intervésiculaires, une fois le début ne fut pas noté, six fois il prit la forme *latente* et quatre fois la forme *aiguë*.

C'est-à-dire que, sur quarante-neuf cas où n'existait aucune maladie du cœur ou du cerveau, la pneumonie, débuta vingt-une fois d'une manière latente et vingt-trois fois avec des symptômes aigus.

La conséquence définitive de ces calculs, c'est que quand il existe des dispositions organiques (maladies du cœur et du cerveau), le début est presque constamment *latent;* tandis qu'en l'absence de ces prédispositions, le début est *aigu* dans *un peu plus de la moitié des cas.*

§. 3. *Symptômes de la pneumonie chez les vieillards.* — Nous examinerons successivement : 1° les signes rationnels; 2° les signes physiques; 3° les symptômes généraux, et nous dirons ce que nous avons remarqué de particulier, sous ces rapports, pour chacune des deux espèces de pneumonies que nous croyons devoir admettre.

1° *Signes rationnels.*

A. *Douleur.* Dans la majorité des cas on n'observe autre chose qu'un endolorissement vague, soit dans tout le côté du thorax affecté, soit dans toute la poitrine, et spécialement à sa partie antérieure. Dans ces cas la percussion, en déterminant plus de douleur au niveau de la pneumonie, indique ainsi quelquefois son siége plus précis. Nous avons constaté cet endolorissement vague, 1° dans des cas où la plèvre était saine; 2° dans des cas où elle était enflammée. On peut voir, du reste, par le nombre de fois où la pleurésie accompagnait la pneumonie (*anatomie pathologique*, 3e mém.) comparé à celui où existait le point de côté, que celui-ci manque dans beaucoup de cas où la plèvre est cependant enflammée, même dans une grande étendue. D'autre part, le point de côté, quand il existe au début, cesse le plus souvent au bout de quelques jours pour être remplacé par la simple gêne dont nous venons de parler; mais quelquefois (et cela a lieu le plus souvent quand la maladie doit revêtir plus tard le caractère typhoïde), la douleur, quoique diffuse, augmente considérablement par la plus légère pression, celle même exercée sur les seins. C'est alors qu'on la voit quelquefois s'étendre jusque dans la fosse iliaque.

B. *Dyspnée.* Très-souvent les malades ne se plaignent pas de difficulté de respirer, et il peut arriver que dans ces cas les mouvemens du thorax n'éprouvent réellement aucune modification. D'autres fois ils sont très-irréguliers; d'abord faibles, lents, ils deviennent tout à coup accélérés et élevés. Quelquefois le thorax se meut à peine; d'autres fois, au contraire, bien que les malades n'accusent point de dyspnée, la poitrine est agitée, et la physionomie exprime l'anxiété et l'anhélation. L'absence plus ou moins complète de la dyspnée a lieu surtout dans la pneumonie du lobe inférieur; mais il en est autrement dans celle du lobe supérieur; souvent alors c'est une véritable asphyxie; la face est violacée, etc. Cette orthopnée avec jactitation s'observe dans la pneumonie du lobe supérieur droit, comme dans celle du lobe supérieur gauche; toutefois elle a lieu bien plus souvent, et en général elle est bien plus prononcée dans ce dernier cas. On voit cependant des pneumonies du lobe supérieur tout à fait *latentes*. L'haleine porte quelquefois une odeur manifeste de pus dans le 3e degré.

C. *Toux.* La toux mérite chez le vieillard plus d'attention que chez l'adulte. Elle existe le plus communément; mais souvent elle est si faible que les malades mêmes n'y font pas attention. Quelquefois elle se borne à deux ou trois secousses dans toute une journée. Tantôt elle ne diffère pas de la toux de la bronchite; tantôt elle prend un caractère spécial qui peut acquérir beaucoup d'importance dans des cas de diagnostic obscur. A chaque effort de toux, le thorax ne se soulève pas par plusieurs grandes secousses consécutives, et précédées d'une large inspiration, comme cela a lieu dans la bronchite; la toux se fait par une ou plusieurs petites saccades brusques, convulsives, sans inspiration préa-

lable. Au début son timbre est aigu, argentin, et n'offre rien de particulier ; mais bientôt elle devient grasse, et un gargouillement se fait entendre à chaque éclat dans l'arrière-gorge.

D. *Expectoration.* Les caractères de l'expectoration, tels qu'on les observe dans la pneumonie chez l'adulte, s'observent très-rarement chez les vieillards ; souvent elle manque absolument, et souvent encore, quand elle existe, ce n'est que pour de courts instans ; sa suppression est rapide et même brusque dans beaucoup de cas.

L'expectoration sanguinolente a été constatée : 1° dans quinze de nos quarante-neuf cas de pneumonie *vésiculaire ;* encore dans deux de ces cas s'agissait-il seulement d'une couleur légèrement *fauve*, et dans plusieurs autres le sang n'avait paru dans les crachats qu'à une époque avancée de la maladie ; dans quatre cas l'expectoration ne fut pas examinée ; dans trente cas les crachats n'offraient pas de traces de sang. 2° Dans deux de nos dix-huit cas de pneumonie *intervésiculaire*, deux fois on n'a rien noté sur l'expectoration, et quatorze fois on s'est assuré que les crachats n'étaient pas sanguinolens. En résumé, en extrayant de nos soixante-sept observations détaillées avec autopsie les six cas dans lesquels les matières expectorées n'ont pu être examinées, il en reste soixante-un sur lesquels dix-sept fois seulement les matières ont été sanguinolentes.

Mais en examinant le rapport de ce signe avec la forme *aiguë* ou *latente* du début de la pneumonie, nous trouvons que l'expectoration était sanguinolente :

Dans 11 cas	avec début *aigu.*	
Dans 5 cas	avec début *latent.*	
16		

Dans le dix-septième cas le début ne fut pas observé.

Quand les crachats ne contiennent pas de sang, ils sont le plus ordinairement grisâtres, opaques, verdâtres, etc.: et à mesure que la maladie fait des progrès, en même temps que les crachats diminuent de quantité, tantôt ils ne changent pas de caractère, tantôt ils deviennent puriformes. Les crachats transparens et visqueux sont extrêmement rares ; quelquefois, rendus blancs et grisâtres, ils deviennent en quelques heures d'un beau jaune d'ocre, sans altérer les vases qui les reçoivent ; d'autres fois ils altèrent très-promptement ces vases *de cuivre* et prennent l'apparence rouillée.

Quand les crachats contiennent du sang, ils prennent différens aspects : tantôt le sang constitue la plus grande partie des matières expectorées ; la pneumonie peut être dite *hémorrhagique;* elle s'observe fréquemment en mars et avril ; tantôt c'est une *purée* épaisse, rosée, homogène ; d'autres fois ce sont des flocons gris, plus ou moins isolés, au milieu d'un mucus filant, tachés de sang à leur surface, comme s'ils l'eussent ramassé à la surface des bronches en les traversant.

D'autres fois ce sont des mucosités plus ou moins épaisses, inégalement mêlées de sang, dont la combinaison intime n'est jamais parfaite.

Les crachats sanguinolens, ceux surtout de la dernière espèce, cessent ordinairement à mesure que la maladie fait des progrès ; le plus souvent alors, ou l'expectoration cesse entièrement, ou elle devient purulente : quelquefois cependant elle prend la teinte uniforme du chocolat, ou le caractère du *jus de pruneaux.* Il peut se faire que dès le début des crachats aient l'un ou l'autre de ces aspects. On observe le premier dans le cas où il existait préalablement un catarrhe chronique *muqueux*, et le second dans le cas de catarrhe *pituiteux.*

Pour étayer notre observation d'expériences directes, nous avons pris la matière de l'expectoration dans ces deux variétés du catarrhe chronique, et les avons, chacune isolément, mélangées avec du sang provenant de saignées de bras. Le résultat de ce mélange nous a donné un produit d'une identité complète avec les deux espèces de crachats que nous signalons.

Ici se termine ce que nous avons à dire sur les signes rationnels de la pneumonie chez les vieillards. Nous ferons ressortir combien ces signes concordent, ainsi qu'il était permis de le prévoir, avec ce que nous avons exposé dans nos précédens mémoires des divers états anatomiques et physiologiques propres à l'appareil respiratoire à cet âge, de même que des lésions pathologiques. Cet accord est surtout marqué sous le rapport de l'expectoration. La bronchorrhée, pour ainsi dire normale chez les vieillards, devait en effet imprimer un caractère tout spécial au crachat pneumonique, et modifier ce signe *si important* pour le diagnostic chez l'adulte. Les différens accidens de la dyspnée et de la toux ne sont pas moins en rapport avec la disposition anatomique particulière aux diverses pièces du thorax, et déjà nous les avions fait pressentir (Voy. not. 2. *Mémoire sur la respiration des vieillards. Arch.*)

2° *Signes physiques.*

Ier *Degré.* — *Auscultation.* — L'invasion de la pneumonie vésiculaire chez le vieillard est annoncée généralement par les signes suivans.

Dans les cas ordinaires, le bruit respiratoire est faible, rauque, comme avorté, dans le point où se développe la pneumonie ; ou bien, au contraire, il est plus fort, et de suite il prend le caractère bronchique ; ou bien encore il est alternativement fort et faible. Nous rappellerons ici les irrégularités du mouvement respiratoire des vieillards (Voy. *Mémoire sur la respiration des vieillards.*)

Lorsque le bruit respiratoire est fort, il s'accompagne constamment de râles sonores souvent très-intenses. Plus tôt ou plus tard il se déclare d'autres râles.

Le râle *crépitant*, tel qu'il s'entend chez l'adulte, est extrêmement rare. Les bulles qui le composent sont presque toujours plus grosses, plus larges et surtout plus humides. Il acquiert par fois un timbre grave ; alors il est plus sec et se rapproche davantage du bruit du parchemin froissé entre les doigts. Qu'on se rappelle l'ampleur des cellules pulmonaires due à la raréfaction

sénile du parenchyme, et l'on comprendra aisément la modification qu'éprouve ici le râle *crépitant*, si l'on admet que ce râle est produit par le passage de l'air à travers des mucosités ; or, cette opinion nous semble incontestable d'après ce que nous avons observé, et ce qui demeure établi pour nous relativement au *siège* et *à la nature de la granulation pneumonique* (*V.* 3e Mémoire) : elle cadre d'ailleurs très-bien avec la facilité qu'ont les différens râles du premier degré à se remplacer les uns les autres chez le vieillard. Il est aisé de prévoir aussi que c'est dans les poumons de notre *premier type* que doit se produire le râle crépitant le plus analogue à celui de l'adulte ; c'est, en effet, ce qu'on constate.

Mais le plus souvent le premier degré de la pneumonie ne donne lieu qu'à un râle muqueux qui occupe une plus ou moins grande étendue. C'est quelquefois un véritable gargouillement dû à l'abondance des mucosités que sécrète habituellement la muqueuse bronchique, et qui se trouve encore augmentée par le fait même de l'inflammation, et la difficulté ou le défaut de l'expectoration. C'est, du reste, principalement dans les poumons du 2e et du 3e types que cette forme de râle s'observe. Quelquefois dès cette époque, chez les vieilles femmes de notre 2e catégorie, nous avons reconnu, à la racine du poumon malade, un véritable *souffle tubaire* qui disparaissait d'un moment à l'autre pour faire place à la respiration naturelle, et ainsi de suite alternativement, et à l'autopsie nous avons plus d'une fois rencontré le poumon parfaitement sain à cet endroit. Ayant examiné comparativement sous ce point de vue, de vieilles femmes bien portantes, nous avons positivement constaté que cette intensité du bruit respiratoire n'était aucunement en rapport avec la manière dont l'air traversait la gorge ; car chez ces dernières femmes, quelque fût le bruit guttural, le bruit respiratoire bronchique restait le même.

Cette facilité avec laquelle se produit le souffle tubaire chez les vieillards, s'explique par la largeur des canaux bronchiques ; et chez les individus de la deuxième catégorie l'atrophie du parenchyme qui s'affaisse sur la colonne vertébrale, et rapproche de plus en plus sa surface de la racine de l'organe, rend compte de cette particularité, que c'est en ce point surtout que retentit le bruit respiratoire. Quant à cette circonstance, que même dans l'absence de tout engorgement à ce niveau, le souffle tubaire s'y manifeste avec intensité, il nous a paru naturel d'en trouver la raison dans la respiration supplémentaire qui s'opère alors que la congestion sanguine envahit les points circonvoisins, d'autant plus que cet envahissement est rapide et toujours étendu dans les poumons des vieillards. Nous appelons l'attention sur ce mode spécial de la *respiration supplémentaire* chez les vieillards, mode qui n'a point, que nous sachions, été signalé encore, et qui doit être bien connu pour éviter des erreurs fréquentes de diagnostic.

Il est un autre mode de respiration supplémentaire que nous devons indiquer, et qui ressort également de l'organisation, mais qui ne s'observe que chez les sujets dont les poumons appartiennent à notre premier degré. Comme nous l'avons dit, le bruit respiratoire normal, dans ces cas, a de l'analogie avec celui de l'adulte, mais il en diffère encore par son ampleur, son éclat, etc. (*V.* 2e Mémoire). Lorsqu'une pneumonie vient à se déclarer chez les sujets de cette catégorie, la suractivité que prend le mouvement respiratoire pour suppléer, par sa fréquence, à la diminution de l'espace où l'air pénètre, change le bruit pulmonaire dans les points perméables, et lui donne alors entièrement le caractère de la respiration vésiculaire de l'adulte. Ce mode de respiration supplémentaire ne mérite pas moins d'attention que le premier.

2e *Degré.* — Il arrive beaucoup plus rarement chez le vieillard que chez l'adulte, que l'oreille appliquée sur le lieu de l'hépatisation n'entende absolument aucun bruit. Le souffle tubaire est à peu près constant. Il s'accompagne souvent de gargouillement ou de craquemens, parfois d'un bruit de frottement analogue à celui qu'on produit en tournant l'embout du sthétoscope dans l'évasement qui le reçoit. C'est dans ce degré que le souffle tubaire *supplémentaire* s'entend avec force à la racine du poumon, et que, mêlé à un râle muqueux abondant, il peut simuler une caverne largement creusée dans le parenchyme.

Le retentissement de la voix au niveau de l'hépatisation du poumon, n'est point aussi constamment lié au souffle tubaire chez le vieillard qu'il l'est chez l'adulte, ce qui tient certainement chez beaucoup de sujets à la faiblesse de la voix naturelle. Souvent aussi nous avons remarqué que le retentissement de la voix, comme celui du bruit respiratoire, n'avait pas son plus haut degré de force sur le point malade, mais immédiatement au-dessus, et cela principalement encore à la racine des poumons dans la pneumonie du lobe inférieur. Enfin le retentissement de la voix, quand il existe, se rapproche ordinairement beaucoup plus de l'égophonie que de la bronchophonie. Déjà nous avons fait remarquer (2e Mémoire), que la voix de beaucoup de vieillards (femmes), était naturellement égophone.

3e *Degré.* — Les signes du troisième degré se confondent le plus souvent avec ceux du deuxième ; mais quelquefois aussi le souffle tubaire, le retentissement de la voix diminuent à mesure que la pneumonie fait des progrès. Souvent alors, en même temps, le râle muqueux devient de plus en plus abondant, et son gargouillement se fait entendre dans toute la hauteur du thorax non-seulement du côté malade, mais encore du côté opposé.

Dans un de nos deux cas d'abcès, nous avons constaté le gargouillement uni au souffle tubaire jusqu'à la fin.

Dans l'autre cas, il y eut d'abord craquement, bruit de frottement, puis gargouillement au niveau de l'abcès, ensuite tout cela cessa, et les dix derniers jours on n'entendit plus rien, sauf quelques râles sonores par intervalles. L'abcès ne communiquait pas avec les bronches au moment de l'autopsie, ce dont nous nous sommes assurés par des injections.

Nous avons vu des pneumonies, chez nos vieillards, traverser toutes leurs périodes, sans donner lieu à aucun râle. Alors ou bien l'on n'entendait rien, ou bien le bruit respiratoire était très-fort et pur. Nous avons recueilli un fait de ce genre, même dans un cas de pneumonie de tout un lobe (supérieur droit), et l'auscultation a été pratiquée jusqu'à l'instant de la mort. Des observations semblables ont déjà été faites ; il faut sans doute admettre, comme on l'a dit, qu'alors le bruit respiratoire du côté sain s'est propagé par le poumon induré.

Tout ce que nous venons de dire des râles bruyans et variés qui se développent pendant le cours de la pneumonie, et qui n'occupent pas seulement le niveau des points malades, mais encore se propagent au loin dans toute l'étendue de l'organe, suffit pour démontrer combien, plus souvent que chez l'adulte, la pneumonie des vieillards peut être masquée et rester *latente* dans ses degrés les plus avancés.

Les rapports qui lient le cœur et les poumons chez les vieillards, établissent entre ces organes une solidarité physiologique et pathologique bien plus marquée que chez l'adulte, et qui n'a pas été assez étudiée.

Quel que soit le poumon malade, les bruits du cœur éprouvent fréquemment une modification sensible ; la force et l'éclat des battemens augmentent. Dans quelques cas nous avons vu un bruit de soufflet naître et cesser avec la pneumonie,

Quand elle occupe le bord antérieur, qui, dans l'état normal, chez nos vieillards de la première catégorie (*V.* 1.er Mémoire), se prolonge au-devant du cœur et le recouvre en partie, ce bord induré s'interpose quelquefois entre le cœur et les parois thoraciques. Alors un râle muqueux ou crépitant se fait entendre d'abord autour du cœur, et un fait digne d'attention, c'est que ce râle n'a lieu quelquefois qu'à chaque battement. Les bruits du cœur diminuent, puis cessent enfin plus ou moins complétement. Dans ces cas le pouls est filiforme et très-irrégulier, les jugulaires sont gonflées, l'angoisse est considérable ; c'est ce que nous avons constaté, surtout dans deux cas remarquables.

D'autres fois le cœur n'est pas recouvert, mais repoussé à droite, gêné dans ses mouvemens ; ses battemens diminuent de force, ses bruits sont étouffés.

Dans un cas, à chaque mouvement du cœur, l'oreille sentait une sorte de *vibration, immédiatement sous elle,* dans toute la partie supérieure et antérieure gauche de la poitrine ; le choc était communiqué par l'induration du lobe supérieur.

Enfin, dans un cas de pneumonie du lobe inférieur gauche, le cœur fut porté en avant, au point qu'il semblait à chaque battement que cet organe venait s'appliquer immédiatement contre l'oreille ; ce n'était point un choc, mais un simple mouvement de soulèvement.

Percussion. — Les mécomptes du diagnostic auxquels pourraient entraîner les résultats de l'auscultation, font qu'on doit attacher beaucoup d'importance à la *percussion* dans la pneumonie des vieillards.

Dès avant l'hépatisation, le son est déjà plus modifié que chez l'adulte ; mais cette modification est relative, et l'on doit souvent considérer chez les vieillards, comme obscur, un son thoracique qui serait clair chez l'adulte, (1.er Mémoire). Par la même raison, l'hépatisation ne donne pas toujours lieu à une matité absolue, principalement quand elle siége à la partie antérieure et supérieure de la poitrine. En arrière, la matité est toujours beaucoup plus prononcée. Au reste, il importe de tenir compte des degrés variés de sonoréité des divers points du thorax chez les vieillards, degrés que nous avons déjà indiqués (*loco citato*) ; nous n'avons pas à y revenir. Nous nous bornons maintenant à ces faits généraux ; mais l'auscultation a d'ailleurs son utilité spéciale dans certaines circonstances données que nous indiquerons à l'article du *diagnostic.*

Tout ce qui précède s'applique également aux deux formes de pneumonie *vesiculaire* et *intervésiculaire ;* seulement la pneumonie *intervésiculaire* se distingue de l'autre par certaines particularités que nous allons indiquer brièvement. Nous devons ajouter que, vu le petit nombre de faits que nous possédons encore, nous ne faisons ici que signaler notre observation, sans autre prétention.

1° L'expectoration, surtout *sanguinolente*, manque le plus souvent.

2° Il en est de même du point de côté. Sur nos 18 cas nous ne l'observons que deux fois. Dans l'un le début fut *latent;* dans l'autre il fut *aigu.* Or, si l'on rapproche ce fait du nombre des cas dans lesquels la pleurésie a existé avec la pneumonie intervésiculaire, on verra que la première phlegmasie peut encore exister ici sans provoquer le point de côté (1).

3° La dyspnée est le plus souvent nulle.

4° La maladie s'annonce ordinairement par la diminution du bruit respiratoire et par des râles sonores, ou bien un râle muqueux qui devient *serré* dans un point circonscrit. Nous avons constaté le râle *crépitant* limité, là où à l'autopsie nous n'avons trouvé que l'imperméabilité planiforme.

Dans les degrés plus avancés, le plus souvent même, quand a existé le râle *crépitant,* on n'entend plus qu'un murmure sourd et rauque. D'autres fois, il est remplacé par un souffle tubaire bien tranché, soit permanent, soit passager, comme dans la pneumonie vésiculaire. Le gargouillement au niveau de la racine des poumons est à peu près constant.

Rien de spécial relativement à la percussion.

(*La suite à un prochain numéro*).

---

(1) Lors de la publication de notre troisième Mémoire, nous n'avions pas retrouvé la note sur l'état de la plèvre, dans la pneumonie intervésiculaire. Nous en placerons ici l'indication. Sur nos 18 cas, six fois il n'est pas fait mention de la plèvre ; mais sur les douze autres, six fois il y eut des fausses membranes récentes, et six fois la plèvre a été trouvée intacte. Nos deux cas de *point de côté* sont compris dans les six où la pleurésie était manifeste. Nous ajouterons l'existence de la pleurésie comme une preuve de plus de la nature inflammatoire de cette pneumonie.

Réflexions sur l'œdème considéré comme symptôme dans la gangrène spontanée ; par M. A. Godin, interne à l'hôpital Necker, membre de la Société anatomique.

Il est bien établi aujourd'hui que la cause la plus fréquente, sinon la cause constante, des gangrènes dites spontanées, réside dans les vaisseaux sanguins. Mais on est loin d'être aussi instruit sur le rôle respectif des deux ordres de vaisseaux, dans la production de cette affection et de ses divers phénomènes. Presque tous les auteurs, n'étudiant que les modifications apportées à la circulation artérielle, ont négligé complétement les altérations des veines ; aucun du moins n'a suffisamment apprécié l'influence de ces vaisseaux sur la production des phénomènes qui ont précédé, accompagné ou suivi la maladie. La comparaison des deux observations suivantes, soit entr'elles, soit avec les autres observations publiées jusqu'à ce jour, pourra peut-être servir à éclairer ce point de pathologie.

Obs. Ire. — *Œdème du membre inférieur gauche ; gangrène spontanée des orteils de ce côté ; ossification de quelques points du système artériel, en particulier de l'artère tibiale postérieure gauche ; oblitération de la veine crurale du même côté.*—La femme Duvinage, âgée de 73 ans, est entrée depuis peu de temps à la Salpêtrière. Elle exerçait auparavant la profession de marchande de vins. Elle est depuis trois ans sujette à des dévoiemens avec quelques alternatives de constipation. Depuis longtemps aussi elle tousse et crache beaucoup ; mais pas de sueurs, aucun signe rationnel de maladie du cœur. Il y a trois mois que cette femme porte une affection du genou droit, qui, consécutivement, a déterminé une tuméfaction, puis une ulcération des ganglions de l'aîne de ce côté. A son entrée à l'infirmerie, salle Saint-Thomas, n° 26, le 7 mai 1835, la jambe *gauche* est un peu tuméfiée ; la jambe *droite* est le siége d'un érysipèle œdémateux qui est combattu avec succès par les onctions mercurielles. Bientôt il se déclare du côté *gauche* une douleur dont le trajet répondant à celui des vaisseaux fémoraux, est indiqué avec la main par la malade. Pendant quelques jours on eut recours à un liniment opiacé. Le 12 ou 13 mai, apparut une tache rouge de vin sur la face dorsale du pied, en arrière du troisième orteil. Consécutivement il se forma une phlyctène sur cet orteil, et plus tard, sur les deux derniers, une sérosité noirâtre vint soulever l'épiderme. L'artère crurale à l'aîne est dure, et donne la sensation d'un cordon résistant et ossifié. Cependant on sent les battemens qui parfois donnent lieu à une espèce de frottement. On ne peut découvrir rien de pareil dans le reste du membre qui est œdématié. On continua l'emploi du liniment opiacé, auquel on joignit à l'intérieur de l'extrait gommeux d'opium, jusqu'à la dose de trois grains, sans amélioration notable.

Le 30 mai, dans la crainte d'une artérite, on fait appliquer des ventouses scarifiées dans le jarret et à la partie interne de la cuisse. Le 30 mai et le 1er juin, les douleurs continuent, mais la maladie ne paraît pas faire de progrès. Le 2 juin, soif, pas d'appétit, langue rouge à la pointe, bouche mauvaise, vomissemens après l'ingestion des alimens, point de douleurs à la région épigastrique, dévoiement comme d'habitude ; battemens du cœur un peu sourds, assez peu fréquens. Noirceur de l'ongle du troisième orteil. Les phlyctènes et les taches ne se sont pas étendues.

Les jours suivans, légère rougeur teinte fleur de pêcher, à la région des trois derniers orteils ; tache d'un rose plus tranché à la base du quatrième. La chaleur de ces parties semble égaler celle des autres parties du corps. Œdème considérable du membre. (Frictions avec l'oxymel scillitique).

Le 13, l'escarre du cinquième orteil commence à se détacher. (Pansement avec le styrax).

Les jours suivans, l'œdème diminue ; il est même presque complétement disparu le 20 ; un cercle rouge se prononce, trace la limite entre la partie mortifiée et la partie saisie du troisième et du quatrième orteils. On voit bien encore quelques taches rosées peu nombreuses sur le pied, mais les douleurs ressenties auparavant le long de la cuisse ont disparu. Pendant cette amélioration locale les symptômes du côté du tube digestif redoublent d'intensité ; d'abord calmés, ils reviennent bientôt par l'imprudence de la malade ; les vomissemens et le dévoiement répétés l'affaiblissent ; elle succombe le 27.

De même que dans l'observation, je retrancherai dans la description des résultats de l'*autopsie* beaucoup de détails inutiles au sujet qui m'occupe. (Elle fut faite 27 heures après la mort).

Maigreur considérable. Les jambes ne paraissent pas infiltrées. Les orteils présentent le même aspect que pendant la vie.

Le cœur est gorgé de sang, ainsi que la partie supérieure du système sanguin. Son volume est normal : il n'y a pas d'ossification des valvules. L'aorte pectorale offre vers sa crosse une ossification contenue dans l'épaisseur de ses membranes. Quelques ossifications pareilles, une entre autres, d'une longueur d'un pouce et demi, et ne formant pas un cercle complet, se remarquent dans l'aorte abdominale. Ce vaisseau, ainsi que l'artère iliaque primitive et l'hypogastrique, sont à l'extérieur comme ratatinés, et paraissent être revenus sur eux-mêmes. Quelques ossifications peu nombreuses dans l'artère crurale gauche ; le sang n'y est pas arrêté. L'artère poplitée au moment où elle se divise offre un petit caillot arrêté sur une ossification. L'artère tibiale antérieure, la péronière examinée jusqu'au pied, n'offrent rien de remarquable, ne sont pas ossifiées et sont perméables. La tibiale postérieure est ossifiée dans une grande partie de sa longueur ; quelques intervalles permettent cependant le passage du sang au moyen des anastomoses. L'artère plantaire externe offre aussi quelques concrétions ; l'interne paraît libre.

La veine cave inférieure, l'iliaque primitive, contiennent beaucoup de sang noir liquide. Les veines superficielles de la jambe sont très-développées ; la veine

crurale (gauche) encore libre au moment où la saphène s'y jette, ne tarde pas à offrir des caillots adhérens à ses parois dans toute son étendue, surtout au niveau des valvules sous lesquelles ils s'enfoncent presque partout. Ces caillots sont rouges, ailleurs jaunes et décolorés; leur face externe, en rapport avec la membrane interne de la veine peut s'enlever par lambeaux rougeâtres, semblables à des portions de fausses membranes. A l'extérieur, ces caillots font paraître la veine noueuse. Les veines satellites des artères de la jambe offrent la même altération. Toutefois leur origine est libre. Les veines et les artères du membre inférieur droit n'offrent aucune lésion. Quelques tubercules miliaires dans les poumons; excavation au sommet du poumon droit. Ulcération de l'estomac à fond cancéreux, etc.

Obs. IIe. — *Gangrène des deux pieds, sans infiltration; cœur et système artériel très-peu développés; rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche.* — Au commencement de mars 1836, entra dans les salles de médecine de l'hôpital Necker, la nommée Debas (Joséphine), âgée de 25 ans, dentelière. Cette femme est dans l'état cachectique le plus prononcé; sa maigreur extrême, l'altération de ses traits, lui font donner, à la première vue, un âge double de celui qu'elle a réellement. Toutefois elle assure n'avoir jamais été malade; jamais non plus elle n'a été grasse, bien qu'elle eût de l'appétit et qu'elle digérât bien. Sa nourriture était saine. La nuit de mars 1835 elle alla à la messe de minuit, et eut très-froid aux pieds. Le lendemain, elle eut des douleurs assez fortes pour la faire crier, et de la rougeur assez vive à ces deux membres à la fois. Elle fut obligée de se mettre au lit. Parfois les accidens semblaient cesser, mais ils ne tardaient pas à revenir. Enfin, sur la fin de février les pieds devinrent noirs: elle appela un médecin qui lui conseilla de venir à Paris. Huit jours après, elle était à l'hôpital, où l'on put constater une gangrène non limitée des deux pieds.

A différentes reprises on pressa sur le trajet des artères crurales, sans que jamais la malade y accusât de la douleur: jamais auparavant elle n'a souffert dans cette région. Les battemens de ces vaisseaux pouvaient être perçus, bien qu'ils fussent peu développés. Ne trouvant pas de raison suffisante de la maladie, le médecin, chargé alors du service de la salle, crut cependant, et malgré l'état cachectique du sujet, devoir faire pratiquer une saignée, tout en appliquant des toniques sur les pieds. Quelques jours après, l'affection commença à se limiter sur le pied gauche; un cercle rosé de bon aspect circonscrivit les parties mortes. Du côté opposé, au contraire, la gangrène continua à s'étendre. La malade fut transférée dans les salles de chirurgie.

Le 19 mars, douleurs vives dans les deux pieds comme pendant toute la durée de l'affection. A gauche, l'escarre est formée par un peu plus de la moitié antérieure du pied; elle est bornée par une ligne rouge de bon aspect, et la suppuration commence à détacher les parties mortes qui sont d'un noir foncé. A droite les trois-quarts du pied sont envahis. La région plantaire, le talon, sont en partie couverts de phlyctènes violettes; le reste est noir. Un cercle violacé, circonscrivant l'escarre, indique l'extension de la maladie aux parties voisines sur lesquelles on remarque déjà le commencement de quelques phlyctènes. Odeur excessivement fétide des parties mortes, malgré le quinquina en poudre et les lotions chlorurées. Les jambes sont maigres, sans aucune infiltration. On sent les battemens de l'artère crurale dans leur moitié supérieure; je ne peux sentir la poplitée.

La malade se plaint continuellement; son visage exprime la souffrance; il est tout-à-fait vieilli. Joues rouges, langue rouge, papilles saillantes. Cette malheureuse conserve encore de l'appétit; elle va tous les jours à la selle sans douleurs; matières un peu liquides. Ce matin elle a vomi ce qu'elle a pris, et a rendu quelques crachats striés de sang; elle ne tousse pas. Les battemens du pouls se succèdent avec rapidité; on peut à peine les compter; un instant après ils se ralentissent, ils sont extrêmement faibles et irréguliers. Les battemens du cœur sont distincts, quoique précipités; pas de bruits anormaux dans la région précordiale.

Un instant après la visite elle pousse des cris, puis s'affaisse. Elle meurt le 20 au matin.

Autopsie 24 heures après la mort. — Aucune lésion dans l'abdomen ni dans les organes qui y sont contenus.

Thorax. Poumon gauche parfaitement sain, à part quelques adhérences filamenteuses; poumon droit un peu engoué à sa partie postérieure; adhérences plus nombreuses, surtout au sommet qui offre un tubercule du volume d'une petite noix, et deux ou trois autres productions de même nature plus petites, mais à l'état de crudité comme la première.

Système circulatoire. Le péricarde est sain; il ne contient pas de sérosité. Le cœur est du volume du poing du sujet, par conséquent très-petit. Le doigt introduit dans l'orifice auriculo-ventriculaire gauche y sent une forte résistance due à l'épaississement cartilagineux de la valvule mitrale dont chaque valve a près de deux lignes d'épaisseur. Le cœur gauche ne contient aucune coagulation. Le ventricule droit, au contraire, contient dans toute sa longueur un caillot en partie embarrassé dans les colonnes charnues, et les tendons qui vont s'insérer à la valvule mitrale. Ce caillot se prolonge dans l'artère pulmonaire; il est recouvert par une membrane mince et transparente qu'on peut détacher de sa surface; il faut exercer de fortes tractions pour le détacher du cœur. Des caillots analogues se prolongent des veines de l'oreillette dans les veines caves. Les orifices du cœur droit sont à l'état normal, ainsi que l'orifice auriculo-ventriculaire aortique. *L'aorte* est à son origine très-peu volumineuse; à peine a-t-elle deux pouces de circonférence, et se rétrécit ensuite progressivement, de sorte que cette circonférence n'a plus même un pouce au-dessous du tronc cœliaque et de la mésentérique supérieure. Les artères iliaques sont également très-petites; les crurales n'ont pas le volume qu'ont ordinairement les humérales chez un sujet de même taille. La tibiale antérieure, le tronc tibio-péronier, n'ont pas trois-quarts de ligne de diamètre

Enfin, les artères péronière et tibiale postérieure, suivies jusque dans la gangrène, n'ont pas plus de la grosseur des articulaires chez un sujet sain. Du reste, ces artères sont parfaitement perméables, et n'offrent à l'intérieur aucune ossification ni couleur morbide. Le système veineux est sain, et ses diamètres paraissent proportionnellement plus considérables que ceux des artères. Dans les parties gangrénées, les altérations ne diffèrent pas de celles que l'on rencontre ordinairement.

Chez ce sujet, la cause occasionnelle (le froid) qui, chez tout autre, n'aurait pas eu d'effet, a suffi pour déterminer la gangrène. Le rétrécissement de l'orifice auriculo-ventriculaire gauche, par suite duquel le sang arrivait en moindre quantité au ventricule, et par suite, aussi, en moindre quantité à un système artériel déjà insuffisant pour alimenter complétement les parties auxquelles il se distribuait, n'a pas été non plus sans doute étranger à la production de la maladie : toutefois la cause principale doit en être cherchée dans cette espèce d'atrophie du système artériel.

Pour résumer en quelques mots ce que ces deux observations offrent de plus saillant :

Dans la première, oblitération de la veine crurale; œdème du membre inférieur.

Dans la deuxième, système artériel très-peu développé; obstacle au cours du sang artériel; sécheresse de tous les tissus.

Dans les deux, gangrène des extrémités.

Peu importe où siége l'obstacle à la circulation dans un membre; si cet obstacle est assez grand pour arrêter le cours du sang, la mortification en sera la suite. Mais le mécanisme en sera différent suivant qu'il résidera dans les artères ou dans les veines. Dans le premier cas, le sang ne pourra arriver aux parties; dans le deuxième, une fois arrivé, il ne pourra plus en sortir; dans le premier cas, les tissus seront vides de sucs; dans le deuxième, ils en seront abreuvés; dans l'un, il y aura atrophie, sécheresse du membre malade; dans l'autre, tuméfaction, œdème.

La théorie est donc ici parfaitement d'accord avec les deux faits que nous venons de rapporter. Nous allons voir qu'il en est de même des faits publiés par les auteurs, et que dans tous les cas où la cause de la gangrène est dans les veines, il y a œdème; que ce phénomène manque au contraire dans ceux où les artères sont seules malades.

Malheureusement les faits ne sont pas toujours aussi simples, aussi tranchés que nous venons de le supposer. Si, en effet, les altérations des veines et des artères peuvent se présenter isolées, elles peuvent aussi exister simultanément. Il résulte de là que l'on a quelquefois fait une analyse incomplète de la maladie, et attribué à la lésion principale un symptôme qui n'était qu'un épiphénomène, résultat lui-même d'une complication. Cette erreur a été d'autant plus facile à commettre, que malgré les expériences de Quesnay, malgré les opinions émises par quelques chirurgiens sur la possibilité de la mortification par la ligature d'un tronc veineux, l'espèce de gangrène spontanée causée par une oblitération des veines, a à peine éveillé l'attention des observateurs. Or, ceux-ci n'ayant pas eu l'occasion d'étudier la symptomatologie de ces derniers cas, il n'est pas étonnant qu'ils aient accordé peu d'attention à la lésion des veines dans l'analyse des faits complexes venus à leur connaissance. Nous ne passerons donc à l'étude des cas simples ou compliqués dans lesquels la maladie primitive est dans les artères, qu'après avoir examiné avec soin ceux où la lésion de la veine existe seule, ou est au moins la cause évidente et principale de la gangrène. Ces cas étant rares, comme je l'ai déjà dit, j'ai cru nécessaire de rassembler ici quelques détails.

M. François dut juger d'une grande importance, en tant qu'observation unique, le fait suivant, communiqué très-incomplétement par M. Baffos, à l'Académie royale de Médecine (1). Il s'agit d'une jeune fille qui, affectée d'escarres gangréneuses au pied droit, et de douleurs atroces dans le pied et la partie inférieure de la jambe gauche, succomba, et ne présenta pour toute lésion à l'autopsie que les veines des deux membres abdominaux enflammées, remplies par une sorte de caillot légèrement adhérent à la surface interne des veines, et en quelques endroits de petits points purulens. En 1833, deux observations déjà un peu plus détaillées furent publiées par M. Piorry (2). Dans un seul cas la mort eut lieu. Les artères n'offraient aucune lésion, mais les veines du membre malade étaient oblitérées. Dans les observations de MM. Baffos et Piorry, il n'est point fait mention de l'œdème. Je n'hésiterai point cependant à croire, comme l'a fait M. François pour la première, que ce n'est qu'une omission. Ces deux observations en effet sont rapportées en quelques lignes; leurs auteurs ont seulement voulu signaler une affection rare. Nous sommes d'autant plus fondés à admettre cette opinion, que les expériences déjà citées de Quesnay (3), les recherches de MM. Ribes et Bouillaud (4), ont assez démontré que l'oblitération des veines s'accompagne constamment d'hydropisie du tissu cellulaire, et que, d'une autre part, un fait recueilli avec des détails suffisans par le dernier de ces observateurs, sans parler de celui que nous avons rapporté, est complétement d'accord avec elle.

Voici l'analyse abrégée de ce fait qui avait échappé aux recherches de M. François : Il se développa chez une femme de 36 ans, sujette aux engelures, une phlébite des veines du bras. L'affection parut d'abord bornée à une partie des veines superficielles qui étaient très-dilatées et très-douloureuses. La pression ne produisit pas de douleurs dans l'intervalle des parties affectées. La main et l'avant-bras étaient très-enflés, d'un rouge obscur, et présentaient çà et là des ecchy-

(1) Séance du 12 avril 1827. *Arch. gén.*, T. XIV, p. 113.

(2) *Clinique médicale de la Pitié*, p. 79.

(3) *Traité de la gangrène humide*, 1764, page 103 et suiv.

(4) *Archives, Revue médicale*, Passim.

moses comme scorbutiques. Plus tard les douleurs s'étendirent jusqu'à l'épaule, et devinrent très-violentes. Vers le quinzième jour, la maladie envahit les autres veines superficielles; la circulation s'arrêta dans la céphalique. Il se forma des phlyctènes sur le dos de la main. La phlébite continua à faire des progrès; il en fut de même de la gangrène qui s'étendit en diamètre et en profondeur dans l'intervalle des veines affectées. A *l'autopsie*, on trouva la peau et le tissu cellulaire sous-cutané de la partie postérieure de la main et du quart inférieur de l'avant-bras gangrénés. La phlébite occupait la plus grande partie des veines du membre, dont plusieurs contenaient une matière analogue à de la lie de vin : l'axillaire elle-même contenaient du pus. » (1)

M. Gendrin, qui rapporte aussi cette observation, établit parfaitement la relation de cause à effet, entre l'arrêt du sang dans les veines et la gangrène. Je ne puis mieux faire que de transcrire ici le passage de cet habile médecin : « On ne peut, dans cette observation, attribuer directement à la violence ni à la nature de l'inflammation des veines, la gangrène des tégumens et du tissu cellulaire du dos de la main, puisque la mortification occupait les intervalles des vaisseaux, mais n'affectait pas ces organes, siége primitif de l'inflammation. N'est-on pas fondé à considérer cette gangrène comme l'effet de l'oblitération des principales veines du membre, d'autant plus qu'elle n'est survenue, ainsi que l'inflammation qui l'a immédiatement déterminée, que quelque temps après la phlébite interne confirmée? L'œdème et l'infiltration du sang par vergetures comme scorbutiques qui ont précédé cette gangrène, sont, comme on sait déjà, l'effet direct de l'oblitérarion inflammatoire des principaux vaisseaux d'un membre. » (2).

Quant à notre première observation, il y avait, à la la vérité, outre l'oblitération de la veine crurale, ossification de quelques points du système artériel; mais je pense que la lésion des veines, considérée comme cause de la mortification des orteils, a tout au plus été formée par l'altération peu considérable des artères. Nous avons vu en effet l'œdème et la douleur, selon le trajet des vaisseaux fémoraux, précéder de plusieurs jours la manifestation de la gangrène; nous avons vu plus tard cette gangrène se borner, en même temps que l'œdème disparaissait et que la circulation veineuse se rétablissait par le moyen des veines superficielles restées libres, et cela sans que la nature de l'affection artérielle eût éprouvé aucune modification.

Notre observation, comme celle de M. Ribes, vient donc pleinement à l'appui de l'*à priori* de M. François. Les veines étaient la cause de la gangrène : un œdème assez considérable avait précédé le développement de l'affection.

Nous allons aborder à présent l'étude des faits beaucoup plus fréquens, et qui presque tous ont été l'objet des travaux des pathologistes, des faits de gangrène par obstacle au cours du sang artériel.

Ce qui me frappa le plus dans la deuxième observation placée au commencement de ce travail, ce qui dirigea même mon attention vers l'étude des gangrènes spontanées, ce fut cette sécheresse extrême de tous les tissus qui semblaient prêts à périr faute de sucs. Je voulus rechercher si ce phénomène avait été observé dans tous les cas. Une première lecture de l'*Essai sur les gangrènes spontanées*, me démontra le contraire. Je vis que non-seulement l'œdème ou la tuméfaction du membre malade avaient été notés dans un certain nombre de faits, mais que bien plus, M. François donnait ce symptôme comme l'un des phénomènes qui précèdent le développement de la mortification. Etonné d'un tel résultat, qui me semblait complétement en opposition avec celui que j'avais tiré des deux faits observés par moi, j'ai dû examiner avec plus de soin les observations renfermées dans cet ouvrage. Je vis alors que ces observations pouvaient se partager en deux classes; l'une où les artères seules avaient été altérés; l'autre, assez nombreuse, dans laquelle, à la lésion principale, s'était jointe consécutivement, mais à un moindre degré, l'oblitération des veines. Sur 26 cas consignés dans le livre de M. François, et dans lesquels les membres malades furent examinés, soit après la mort des sujets soit après l'amputation, j'en ai trouvé huit où, suivant l'expression de l'auteur, il y avait artério-phlébite.

Voici, en quelques mots, quelle fut, dans sept de ces cas (1), la marche de l'affection. D'abord, engourdissement, vives douleurs sans gonflement, puis, apparition de la gangrène qui s'étend avec une rapidité variable; à une époque plus ou moins éloignée du début de la maladie, du cinquième ou sixième jour au troisième mois une seule fois, en même temps que la gangrène, œdème ou tuméfaction qui persiste jusqu'à la mort du sujet, après avoir fait plus ou moins de progrès. Dans le huitième cas (2), où l'on dit qu'il y a phlébite, sans décrire les altérations subies par les veines, il n'est point fait mention du gonflement; mais cette observation, très-courte, est encore incomplète sous plusieurs autres rapports. Cette complication n'est donc pas aussi dépourvue de symptômes propres que le pense l'estimable auteur que je cite. On pourrait déjà, d'après l'examen des faits précédens, affirmer, sans crainte de se tromper, qu'il y a une liaison directe entre l'apparition de l'œdème dans le courant de la maladie, et la transmission de l'inflammation des parois des artères à celles des veines. L'examen des faits de la première classe (ceux où la lésion artérielle existe absolument seule), transforme cette opinion en certitude. Si, en effet, nous exceptons les sept cas précédens, l'engorgement n'est noté que deux fois dans

(1) *Revue médicale*, 1825, t. III, p. 17.

(2) *Histoire anatomique des inflammations*, tome II, p. 79.

(1) *Essai sur les gangrènes spontanées*, obs. 10-11-14-20-21-22-43.

(2) *Loco citato*, obs. 16.

les vingt-six observations que nous analysons. Quant à ces deux derniers faits, dans l'un (1), l'infiltration des jambes, avait précédé dès long-temps la gangrène, et il existait une ancienne maladie du cœur; dans l'autre cas, enfin, l'oblitération des veines n'est pas non plus notée; mais on avait fait l'amputation quelque temps avant la mort, et il ne s'était pas écoulé de sang par ces vaisseaux, dont les parois ressemblaient à celles des artères. Dans ce cas, le seul d'ailleurs qui puisse offrir quelque difficulté, il existait dans l'oreillette droite une concrétion polypense ancienne (2)

Dans tous les autres cas, à l'exception des neuf précédens, quelle que soit l'époque où l'on a observé les malades, que l'on ait pris la maladie à son début (3) ou dans ses dernières périodes, nulle part il n'est fait mention de l'engorgement. Dans l'un des cas l'on a suivi le développement de l'affection. On a noté la couleur bleuâtre de quelques veines, mais il n'est point parlé de la plus légère apparence d'œdème. Dans un grand nombre, au contraire, en même temps qu'on note le siége de la lésion dans les artères seules, on indique positivement l'amaigrissement considérable du membre du côté affecté, l'absence de toute infiltration, la sécheresse des tissus, comme dans notre première observation. Enfin, le fait suivant (4) nous offre réunies de la manière la plus curieuse les deux ordres de preuves : il y avait à la fois gangrène spontanée du pied et de la main. Au membre inférieur il survint pendant le cours de l'affection une infiltration considérable; outre la lésion artérielle par laquelle l'affection avait débuté, il y avait oblitération de la veine fémorale. Au membre supérieur, l'artère seule était malade : il n'y avait aucune espèce de tuméfaction.

Il est étonnant, d'après cela, que M. François, généralisant d'après le petit nombre de faits signalés plus haut, ait indiqué l'œdème comme phénomène concomitant de la gangrène par oblitération des artères. Il est probable que ce médecin se sera laissé entraîner en voulant établir une analogie trop exacte entre la gangrène spontanée, et celle qui survient à la suite de la ligature du tronc artériel principal d'un membre, et dans lequel l'œdème est signalé comme un des symptômes précurseurs. Mais en admettant comme sans exception le fait dont il s'agit ici, en admettant que la veine n'ait pas quelquefois été comprise dans la ligature, qu'elle n'ait pas été enflammée dans la plaie, il est clair qu'il y a loin de cette ligature qui anéantit brusquement toute puissance circulatoire dans un membre, à cette oblitération graduelle qui ne fait que ralentir considérablement la circulation, tout en permettant aux anastomoses d'entretenir la vie dans les parties situées entre le cœur et la gangrène. Dans le premier, toute *vis à tergo*, tout mouvement sont détruits; dans le deuxième il en existe encore assez pour ne pas laisser le sang veineux dans une stagnation complète.

(1) *L. c.*, obs. 9.
(2) *Loco citato*, obs. 15.
(3) *Loco citato*, obs. 21-28-29-30.
(4) *Loco citato*, obs. 21.

Il résulte donc de cette discussion, que loin d'être en opposition avec nos faits, ceux de l'*Essai sur les gangrènes* (1) ne font que les confirmer;

Que, par conséquent, un œdème considérable coïncidant avec le développement d'une gangrène spontanée, indique, sauf les cas d'ancienne maladie du cœur, que l'obstacle principal au cours du sang réside dans les veines;

Que ce phénomène survenant dans le cours de la maladie à une époque plus ou moins éloignée de son début, annonce l'extension de l'affection au système veineux.

Que l'atrophie, la sécheresse des tissus, est un signe que l'obstacle réside uniquement dans le système artériel.

Ces conclusions, basées sur l'examen rigoureux des faits, ne sont point purement spéculatives. En effet, le traitement ne sera point le même si l'on a affaire à une affection des artères ou des veines. C'est ainsi que M. Piorry ayant à traiter une gangrène spontanée, et pensant, d'après les symptômes, avoir affaire à une lésion des veines, parvint à limiter l'affection et obtint la guérison à l'aide d'une position convenable et d'une compression sagement ménagée. C'est ainsi que dans notre premier fait, sans les graves lésions des organes intérieurs, nous aurions vu la guérison survenir sous l'influence des moyens qui avaient aidé au rétablissement de la circulation veineuse, et facilité la résorption de la sérosité épanchée dans les mailles du tissu cellulaire (2).

(1) Des observations consignées dans divers recueils depuis cet ouvrage, confirment tout ce que nous avançons; nous avons cru inutile d'en parler ici, les faits rassemblés par M. François étant en nombre suffisant.

(2) La critique à laquelle s'est livré l'auteur du mémoire précédent, n'ôte rien au mérite de l'ouvrage couronné en 1832, par la Société royale de Médecine de Bordeaux (*Essais sur les gangrènes spontanées*, par Victor François, in-8°, 1832. Paris, chez Béchet). Il est rare de voir de pareils ouvrages sortir d'un concours. Mais M. François nous apprend lui-même que dès longtemps il avait fait des recherches sur les gangrènes spontanées. Nous arrivons un peu tard pour donner une analyse détaillée de cet ouvrage, auxquels plusieurs articles du *Dictionnaire en 25 volumes* ont fait des emprunts importans (voyez l'article pathologique des *Artères*). Contentons-nous de donner ici le plan général de l'ouvrage. Après avoir rapporté une série d'observations recueillies par lui ou empruntées aux meilleurs auteurs, M. François étudie les causes de gangrène spontanée, qu'il divise en directes et en indirectes, en causes accessoires portant sur le système nerveux, en causes principales agissant sur le système circulatoire. Il étudie parfaitement le mécanisme de la production de la gangrène, et arrive à ce résultat que la gangrène n'est point une maladie par elle-même, mais bien une terminaison de maladies diverses. Il décrit donc successivement la symptomatologie et les lésions de l'artérite aiguë et de la chronique, les ossifications, la phlébite, etc. M. François rapporte aussi de nombreuses observations de guérison de gangrène spontanée, et fait voir que ni l'opium conseillé par Pott, ni même les saignées employées si souvent depuis Dupuytren, ne peuvent avoir des succès constans. Malgré quelques longueurs dans la rédaction, ce livre est encore et sera probablement longtemps le traité le plus complet et le plus original sur la matière. (*N. du R*)

les animaux nécessité de destruction : depuis le zoophite jusqu'à l'homme, c'est toujours par la destruction que l'être organisé se maintient. Je pense qu'il faudrait une expression plus générale que celle de destruction, pour désigner l'impulsion primitive.

Situation chez l'homme et chez les animaux. — L'organe qui va nous occuper est cette masse, surtout cette partie inférieure du lobe moyen, qui pousse les animaux aux actes nécessaires pour leur alimentation, actes parmi lesquels figure, en première ligne, la destruction. On l'a placé dans une circonvolution allongée, horizontale, couchée immédiatement au-dessus de l'oreille, en avant de l'organe du courage, en arrière du choix des alimens, organes dont le premier est comme son extrémité postérieure, et le second son extrémité antérieure. Il élargit donc la tête au-dessus et tout près de l'oreille, de chaque côté, ce qui est fort sensible lorsqu'il est très-développé.

Les carnivores sont obligés de détruire, puisqu'ils ne vivent que de destruction. Or, les carnivores sont excessivement multipliés ; l'homme d'abord est omnivore, par conséquent il est carnivore jusqu'à un certain point, et comme lui, les herbivores opèrent une véritable destruction sur les plantes. Une foule d'oiseaux, une immense quantité d'insectes ne vivent que par la destruction ; de sorte que la scène du monde animé, n'est pour ainsi dire qu'une scène de destruction.

Il faut donc qu'il y ait un organe qui préside à ce mouvement général de destruction. Cette destruction se fait avec plus ou moins d'élan, d'impétuosité, suivant les obstacles que rencontre l'animal. Ainsi chez les poissons, où il n'y a pour ainsi dire pas d'attaque, pas de colère, l'organe de la destruction existe, mais il agit froidement. Chez le lion, le tigre, le loup et autres animaux qui sont destinés à attaquer des proies de leur force, même d'une force supérieure, et qui ont l'instinct d'opposer de la résistance, l'organe prend un nouveau degré de développement et d'activité, et il excite la colère qui augmente la force et l'activité de l'appareil musculaire, seconde la ruse, qui se déploie en même temps, et met l'animal dans le cas de terrasser une proie beaucoup plus forte que lui.

Cet organe existe aussi chez l'homme ; il se prononce au-dessus du conduit auditif par une circonvolution très-étendue, que vous voyez sur le cerveau-modèle, et qui existe dans tout cerveau. Cette circonvolution est plus ou moins forte suivant l'intensité du penchant à la destruction.

M. Vimont a remarqué que chez les animaux dont le cerveau est allongé, l'organe n'est pas extrêmement saillant, mais il est fort long.

L'idée de cet organe est venue de la comparaison qu'on a faite des animaux carnassiers avec les animaux herbivores, car, en général, les carnassiers ont cette partie plus large que les herbivores.

Impulsion primitive et applications. — S'il est vrai que la destination première de cet organe soit la satisfaction du besoin de nutrition, on peut expliquer pourquoi chez l'homme, où il existe constamment, il n'est pas toujours prédominant ; s'il n'est pas exercé, à peine aperçoit-on des traces de son influence. Il peut même être tellement dominé par d'autres organes qu'il semble ne plus exister. Ainsi Gall et Spurzheim ne l'ont presque admis que chez ceux qui en offraient de traces. Toutefois, il est certain qu'il existe chez tous les sujets ; mais il est faux qu'il soit toujours développé dans l'homme, comme on l'a avancé il y a peu de temps. On observe de grandes différences dans le volume qu'il présente ; on trouve même des nations entières où il est peu prononcé et qui ne l'appliquent pas à la destruction des animaux, tels que les Indous qui ne vivent que de végétaux. Tout au contraire, l'organe se voit toujours développé chez les peuples chasseurs ; car, de l'aveu de tous les phrénologistes, le penchant pour la destruction est le principal élément de la passion pour la chasse, et l'on voit ordinairement les guerriers remplacer la destruction de l'homme par celle des animaux, dans leurs momens de loisirs. Il n'y a que du plus ou du moins. La destruction s'applique, comme le courage, à toutes les actions des hommes, en leur prêtant le stimulus de la colère, dont les élans sont modérés par la circonspection et les facultés supérieures. Quand il est excessif chez l'homme, il pousse à la destruction pour le plaisir de la destruction, et cela s'applique même aux objets inanimés. La dévastation des propriétés, la destruction des meubles et des ustensiles les plus nécessaires à l'ennemi, ont toujours marché de concert avec le meurtre dans les invasions des peuples barbares.

Voici ce qu'a écrit de plus remarquable sur cet organe M. Vimont auquel j'aurai fréquemment recours, parce qu'il est le seul qui se soit appliqué à l'étude des animaux sous le rapport phrénologique. Il croit que cette faculté existe chez tous les animaux sans exception ; que Gall et Spurzheim ont eu tort de ne l'accorder qu'aux carnivores et aux rongeurs. Il fait l'observation très-judicieuse que l'homme qui possède cet organe, n'est pas toujours obligé de détruire. Ainsi, dans certaines saisons, il répugne aux alimens animaux et préfère les alimens végétaux ; il en conclut que cet organe est commun à la destruction des végétaux comme à celle des animaux. M. Vimont fait l'observation très-ingénieuse que l'univers n'est qu'une scène de destruction, et ce fait est généralement admis parmi les naturalistes. Je trouve aussi chez M. Vimont que les actes de plusieurs animaux, qui n'attaquent pas d'autres animaux, ne peuvent se rapporter qu'à cet organe. Ainsi le castor l'écureuil, coupent des branches, des écorces pour se construire des habitations.

On a voulu tourner ces idées en ridicule, même dans une Académie, car les Académies, quoique *savantes*, ne sont pas toujours très-réflexives ; elles sont quelquefois plus passionnées que réflexives ; elles reçoivent souvent, sur les questions qu'elles ne comprennent pas, des impulsions qui leur viennent tout-à-coup, comme un coup de vent, d'un orateur insidieux, et leur communiquent inopinément une passion très-manifeste pour ou contre la question sur laquelle on délibère, et leur jugement n'est pas toujours conforme à l'expérience et à

la raison. On a donc trouvé ridicule dans une société savante de ce genre, que la destruction des végétaux fût comparée, par les phrénologistes, à celle des animaux. Pour moi, je ne vois pas de motif pour repousser cette idée, si le but fondamental de l'organe est de procurer des moyens d'alimentation, comme cela paraît certain.

Voici des observations qui viennent à l'appui de cette manière de voir. Si on examine la direction du nerf olfactif chez le mouton, un très-gros cordon nerveux, qui est le tronc de ce nerf, vient se fondre dans le lobe moyen, et c'est en effet par l'odorat que le mouton, et autres herbivores, reconnaissent le végétal qui leur convient. Cette opération se fait sous la direction de cette partie du cerveau guidée par le sens de l'odorat. Eh bien! puisque l'on admet chez l'homme un organe pour le choix des alimens, et que l'on place cet organe à l'extrémité antérieure de la circonvolution affectée à la destruction, devrait-on répugner à croire que, plus développé chez les herbivores, cet organe ne devînt plus considérable et ne s'étendît à la circonvolution tout entière; en d'autres termes, que cette circonvolution, qui est couchée horizontalement au-dessus de l'oreille, et qui remplit deux fonctions chez l'homme, n'en remplit qu'une chez les herbivores, celle de distinguer, parmi les innombrables végétaux, sur lesquels se promènent incessamment leurs narines, ceux qui sont propres à les nourrir, et d'en déterminer l'appréhension? C'est une idée que je soumets aux phrénologistes.

Chez les poissons, suivant l'observation de M. Vimont, l'organe existe toujours, mais il a moins d'activité que chez les animaux qui sont obligés de livrer des combats. Chez les oiseaux, il est d'autant plus prononcé qu'ils attaquent des proies plus résistantes, plus fortes; je vous ai déjà fait faire cette observation.

Auxiliaires. — La destruction paraît avoir pour auxiliaires le courage, le besoin d'alimentation ou la faim, qu'on rapporte à l'organe du choix de l'aliment, c'est-à-dire les deux organes qui semblent faire corps avec lui. Personne n'ignore quelles scènes de fureurs la faim a souvent produites sur les navires en pleine mer et dans les plages isolées, où de malheureux naufragés ont été jetés. La faim dispose éminemment à la colère les personnes chez qui l'organe de la destruction se trouve développé, et il faut de puissans motifs et beaucoup de raison pour contenir cette passion. On peut y joindre la ruse, dont l'action s'ajoute fréquemment à celle du besoin de détruire. Enfin l'orgueil et l'envie lui prêtent souvent assistance dans ce temps malheureux où la dévastation se joint au carnage.

Antagonistes. — Assurément, ce sont là des choses bien déplorables; mais l'organe de la destruction ne produit ces effets que lorsqu'il n'est pas entravé dans son action par des organes puissans, capables de donner des impulsions opposées. Ainsi, s'il y a chez l'individu beaucoup d'amitié, beaucoup de bonté, de la vénération, de la conscience, avec une forte intelligence, si les organes de ces facultés ont été exercés, il est très-certain qu'il y aura de grandes puissances qui seront prêtes à arrêter l'organe de la destruction dans son essor. Si, au contraire, ces organes sont déprimés, comme vous le voyez chez tous les scélérats, s'ils ne sont pas exercés, si l'homme a reçu une éducation incomplète, ou même n'a reçu aucune instruction, la prédominance de la destruction produira tout son effet. Alors on détruira froidement, comme vous l'observez chez les peuples sauvages, chez les Arabes qui sont voisins de notre colonie d'Alger. Vous savez avec quel plaisir ils coupent les têtes. Les journaux nous ont parlé d'un Arabe qui, ayant assassiné un Français, lui avait ouvert le ventre, et se plaisait à lui arracher les entrailles et à cracher dessus, en les jetant de côté.

Voilà des traits de férocité extrême. On en trouve d'autres dans l'histoire qui ne sont pas moins propres à inspirer de l'horreur: toutes les tortures qui ont été imaginées par les hommes pour se venger ou pour obtenir des aveux de la part des personnes qu'on soupçonnait de crimes, soit politiques, soit religieux, offrent l'effet du développement excessif de cet organe de la manière la plus effrayante, la plus déplorable, et de l'impuissance des autres sentimens pour le réprimer; on peut avancer hardiment que son plus puissant antagonisme, le seul peut-être sur lequel on puisse compter, c'est le développement et l'exercice des organes de l'intelligence, c'est-à-dire l'instruction, car les excès du pouvoir et ceux du fanatisme sont l'effet de l'ignorance.

Cet organe est excessivement influent sur le caractère. Si les parties latérales du cerveau destinées à la destruction sont modérées en développement, elles donnent une activité convenable au sujet. Lors même qu'elles seraient très-fortes, elles n'auraient pas pour résultat la férocité, si les organes qui peuvent leur servir de contre-poids étaient aussi très-développés. Nous pourrions présenter des têtes de généraux où les organes du courage et de la destruction étaient très-prononcés. Ainsi, vous voyez dans cette tête, à côté de ces deux organes, le développement non moins considérable de la conscience, de l'estime de soi, de la fermeté, de la réflexion. La partie de la bienveillance et celle des affections servent ici à faire contre-poids. Chez les brigands, l'organe de la destruction élargit, avec la ruse et la propriété, les parties latérales de la tête, et presque toujours aussi il y a une dépression dans les organes antérieurs et supérieurs destinés à l'intelligence et aux sentimens moraux, qui, d'ailleurs, ont rarement été cultivés, car la majeure partie des assassins se tire de la classe non instruite. L'exemple de Lacenaire semble faire exception. Nous l'examinerons; je ne vous en ferai pas grace assurément; je ne prétends pas que ce soit une exception réelle. La tête de Lacenaire est soumise aux mêmes lois que nous avons appliquées à toutes les autres.

Défaut. — Un faible développement de l'organe de la destruction produit, dans nos mœurs actuelles, de la répugnance pour toute idée de meurtre et même de violence. Il en résulte la presque impossibilité d'éprouver de la colère et surtout du ressentiment. Mais aussi les facultés supérieures manquent souvent du stimulus nécessaire pour leur donner de l'action. Alors, comme l'a

parfaitement exprimé M. Combe, « l'homme sent, et les autres voient comme lui que son ressentiment manque de force, qu'il est faible, impuissant; le méchant le brave et peut le maltraiter avec impunité. »

Conclusion. — L'organe qui a pour but primitif la satisfaction du besoin de la nutrition imprime une certaine tournure au caractère, et s'associant avec celui du courage, il influe d'une manière extrêmement puissante sur tous les actes de la vie d'un homme; mais il n'agit que de concert avec d'autres organes qui peuvent augmenter ou diminuer son action. Plus nous avancerons dans l'étude de la phrénologie, et mieux cette compensation, cette modération des organes les uns par les autres, vous deviendra sensible.

HUITIÈME LEÇON.

10 *Juin* 1836.

ALIMENTIVITÉ ET BIOPHILIE (1).

Messieurs,

En nous occupant des fonctions du lobe moyen, nous arrivons à deux organes qui ne sont pas encore généralement admis par les phrénologistes, mais qui sont très-probables. Il s'agit de l'*alimentivité* et de l'amour de la vie, *biophilie*.

ALIMENTIVITÉ.

L'alimentivité, expression de Spurzheim, détermine le choix de l'aliment; c'est, à ce qu'on croit, l'organe du sentiment de l'appétit, mais on l'applique particulièrement chez l'homme à la délicatesse du goût, au choix des alimens, à ce qu'on appelait autrefois la gourmandise, et que l'on décore maintenant du nom de gastronomie.

Historique. — Le phrénologiste Combe fut frappé de la terminaison du nerf olfactif, c'est-à-dire du nerf de la sensation de l'odorat qui vient du nez et des fosses nasales, dans les circonvolutions de la base du lobe moyen. Il le vit très-gros, et il remarqua qu'il se fondait dans ce tissu, chez les moutons particulièrement, ce qui est commun à plusieurs animaux herbivores. Il en conclut que cette portion du système nerveux servait au choix de l'aliment. Vous sentez, en effet, que dans un pâturage, dans une prairie, au milieu d'une foule de plantes qui se présentent à la bouche de l'animal qui pâture, il faut qu'il ait une faculté pour distinguer celles qui lui sont nuisibles, de celles qui sont propres à son alimentation; et comme rien ne se fait sans les nerfs, il est nécessaire qu'on admette une portion du système nerveux destinée à cette fonction. Or, comme on a constaté que c'était par l'odorat, dont les ouvertures avoisinent la bouche, qu'arrivait au cerveau de l'animal la perception des différens alimens, on a été porté à conclure que dans cette perception était comprise la faculté de distinguer ce qui convenait et ce qui devait être rejeté. Cela se conçoit très-facilement, et cela est au-dessus de tous les raisonnemens philosophiques, psychologiques *à priori*, qui ne devineraient jamais ce phénomène en observant le jeu intrinsèque de leur *moi*. C'est un fait d'histoire naturelle, comme vous le sentez à merveille.

Cet organe fut admis par un phrénologiste nommé M. Crook, et un autre de Copenhague nommé M. Hoppe, pensa de la même manière, d'après les observations qui lui furent soumises. On fit part de ces observations à Spurzheim, qui admit l'organe, mais le considéra comme douteux; car, messieurs, nous vous présentons la science telle qu'elle est, sans nous enthousiasmer ni pour ni contre chaque opinion.

Situation. — Cet organe est placé dans la fosse zygomatique; c'est cette partie que vous voyez au-dessous de cette arcade osseuse; il se dessine aussi, dans la tête entière, à la partie antérieure du lobe de l'oreille. Il est caché sous le muscle temporal et il élargit la tête d'une manière sensible dans cette région, au-dessous de la constructivité et en avant de la destructivité. J'en ai recueilli un exemple très-frappant chez une femme, dont l'observation a été suivie par un médecin très-distingué, d'une sagacité remarquable, M. Descuret. Cette femme est morte à force de satisfaire son appétit. Elle mangeait la ration de quinze à dix-huit personnes lorsqu'elle était à la Salpêtrière. Rejetée de la Salpêtrière, elle prenait tous les moyens possibles de voler du pain et des alimens. Elle avait, conjointement avec cela, une inflammation de l'estomac, une gastrite. Elle a fini par se retirer du côté de la Glacière, n'ayant plus aucune ressource pour vivre. Là, dévorant toute espèce d'alimens végétaux, toutes les plantes, toutes les racines qui s'offraient à elle, mais privée de la faculté que possèdent les animaux herbivores de distinguer les propriétés nuisibles ou favorables de ces substances, elle s'est gorgée de végétaux malsains, particulièrement de plantes de la famille des renoncules, excessivement âcres et irritantes, et a succombé aux progrès d'une gastrite affreuse. M. Descuret a conservé le crâne qu'il possède, et a fait faire la moulure. Dans cette pièce, l'organe correspond à cette région que je vous montre; c'est la partie antérieure de la même circonvolution qui est réputée l'organe de la destruction, n° 6. Il est presque le double de l'état naturel.

Impulsion primitive. — M. Vimont, que je vous cite souvent, parce qu'il est le seul, à ma connaissance, qui ait fait des observations suivies sur les animaux, parce que d'ailleurs il le mérite par la sagacité dont il fait preuve, a fait sur cet organe des remarques intéressantes. Lorsqu'à peine né, l'enfant cherche le mamelon de sa mère, il obéit, selon lui, à l'influence de cet organe. Je vous ai dit que c'était l'instinct qui pous-

---

(1) Ces deux organes ne portent point de numéro. Ils ont chacun un X sur la gravure.

sait l'enfant à cet acte; eh bien! voici cet instinct, d'après l'auteur. Le poulet ramasse le grain qui lui convient; le jeune canard court à l'eau, obéissant à l'instinct des localités, et y trouve, en vertu de l'instinct d'alimentation, la boisson et l'aliment qui lui conviennent.

Poussé par cet organe, ajoute M. Vimont, l'enfant exerce encore la succion lors même que le mamelon lui est présenté après qu'il est rassasié. La sensation de la faim n'est donc pas le seul mobile de cet organe, il y a une impulsion extrêmement forte et qui va au-delà du besoin de l'estomac. Et en effet, vous savez qu'on voit certains gourmands qui, séduits par la saveur de mets nouveaux, mangent encore avidement après que leur appétit a été complètement satisfait.

L'homme adulte, placé sous l'influence très-active de cet organe, ne résiste donc pas toujours à la sensation, à la tentation qu'excitent en lui les choses propres à développer, à ranimer son appétit. C'est surtout dans les convalescences, que l'action du sens de l'alimentivité devient prédominante; elle va jusqu'au point de causer une espèce de délire lorsque les convalescens ne sont pas satisfaits, ou qu'on les prive d'un aliment qui avait excité leur convoitise; ils entrent on dans un mouvement de colère ou dans un état de désolation inexplicable, jusqu'à verser des larmes, état dont ils sont les premiers à rire lorsque leur rétablissement est complet. Assurément il faut une impulsion pour cela, et nous ne pouvons nous en prendre qu'à cet organe.

Tous les animaux vertébrés ont une partie du cerveau affectée au choix des alimens; mais cette partie n'agit pas toujours, sans doute, d'après l'impulsion du nerf olfactif. Chez l'homme ce n'est pas le nerf olfactif seul qui met en action l'instinct de l'aliment; je vous l'ai assez prouvé en vous citant cette malheureuse qui est morte pour avoir dévoré des plantes insalubres. Le sens du goût y contribue, mais aucun de ces sens n'éclaire parfaitement l'homme sur la salubrité ou l'insalubrité de l'aliment : il lui faut l'expérience. L'homme a donc le désavantage d'être moins apte que les animaux à reconnaître, dans le monde extérieur, ce qui convient à son alimentation.

Le développement de cet organe peut avoir pour résultat non-seulement la gloutonnerie, mais encore l'ivrognerie, d'après les phrénologistes; il rend les hommes délicats, suivant les mêmes observateurs, sur la préparation des mets, car ils ont remarqué que les gourmets et les Apicius ont toujours la tête large dans cette région, au-dessus des apophyses et des arcades zygomatiques. C'est aussi dans ce modèle que les représente Brillat-Savarin dans sa *Physiologie du goût.*

M. Vimont pense que les fumeurs très-passionnés doivent ce goût au développement de l'organe qui nous occupe. Il est bon de vous le dire, car tout doit se dire dans un cours comme celui-ci.

C'est un des premiers organes, d'après ce que vous venez d'entendre, qui entrent en action après la naissance, et un de ceux qui persistent le plus longtemps, puisque, comme on l'a noté de tous temps, la passion de la table survit à tous les autres goûts, à toutes les autres passions, dans l'âge avancé. On a remarqué aussi que cet organe était souvent prédominant chez les femmes chlorotiques qui ont le goût dépravé, qui mangent du plâtre et autres choses extraordinaires, chez les fous qui se repaissent d'alimens dégoûtans.

Animaux. — Quant au siége, chez les animaux, voici ce qu'en pense M. Vimont; il le place aussi dans la fosse zygomatique, au-dessous de l'organe de la propriété, en avant de l'organe de la destruction, dont il est une continuation, faisant partie de la même circonvolution et correspondant à la grande aile du sphénoïde; il occupe tout l'espace compris entre une ligne droite tirée de la base de l'apophyse zygomatique par la grande aile du sphénoïde.

Chez les quadrumanes et les quadrupèdes carnassiers, il est très-remarquable, et sa position est la même que chez l'homme; chez les chiens et chez les chats on le rencontre; il existe chez tous les animaux voraces comme continuation et ampliation de l'organe de la destruction; chez les oiseaux on le voit au-dessus et un peu au-dedans de l'angle orbitaire externe. L'auteur cite comme l'offrant très-prononcée, le cormoran, le goëland, le stercoraire, le canard, tous oiseaux remarquables par leur extrême voracité.

Voilà, messieurs, ce qui concerne l'alimentivité. Nous allons passer à l'autre organe considéré comme douteux, mais qui toutefois commence à se concilier des suffrages. Déjà celui dont nous venons de parler semble avoir cessé de l'être; car quoiqu'on ne lui ait pas donné un numéro, les phrénologistes les plus attentifs l'admettent; je n'en connais pas qui le récusent. Moi j'en ai pour présomption, d'abord cette observation dont je vous ai donné le sommaire, et ensuite quelques autres qui, quoique moins positives, concourent avec l'exploration de plusieurs personnes de bon appétit, à me faire présumer que réellement il existe.

BIOPHILIE.

L'autre organe est l'amour de la vie, qu'on pourrait appeler *biophilie,* dit aussi organe de la conservation, et que l'on définit une impulsion à fuir, sans réflexion, le danger quand il se présente; c'est, ajoute-on, la destination primitive de cet organe. On dit sans réflexions, car, ainsi que j'ai eu l'honneur de vous l'exposer, tous les organes des instincts et des sentimens agissent d'abord sans réflexion.

Historique et impulsion primitive. — Cet organe fut proposé par M. Vimont; je vous parle d'après son ouvrage, car je vous avoue que je n'ai pas fouillé toutes les annales de la phrénologie anglaise, américaine et danoise, pour m'assurer si vraiment M. Vimont en a eu la première idée; mais il l'affirme.

Cet organe n'avait été soupçonné ni par Gall, ni par Spurzheim. Suivant ce dernier, l'amour de la vie devait rentrer dans la timidité, dans la peur; il hésitait néanmoins à prononcer si c'était une qualité négative du caractère opposée au courage, à la destructivité, à la fer-

meté, comme l'avait pensé son maître, ou si elle ne dépendait pas en grande partie de la circonspection, laquelle circonspection était considérée par lui comme l'organe de la timidité. Cette explication suffisait à Spurzheim, que j'ai entendu traiter cette question, pour rendre compte de l'amour de la vie; mais, messieurs, il est tout naturel de penser qu'une faculté qui peut déterminer des mouvemens subits de retraite, de fuite, n'est pas une chose négative; il est donc probable qu'il y a en cela de l'activité. M. Vimont s'est arrêté sur cette question, il l'a prise en grande considération, et je vais vous communiquer ses observations.

C'est, selon lui, une faculté qui se montre de bonne heure chez les animaux. L'auteur cité lui attribue les vagissemens de l'enfant au moment de sa naissance; il prétend qu'une impulsion le pousse à demander, d'une manière vague, qu'on lui épargne la douleur, la souffrance, quelle qu'elle soit. Les cris que jettent les jeunes animaux lorsque quelque chose les effraie, la fuite subite, chez quelques espèces, au moindre bruit, au moindre trouble dans l'air qui les entoure, sont l'expression de cet instinct. Vous sentez qu'ils ne peuvent pas en calculer les suites; mais ils entendent du bruit, ils voient un mouvement extraordinaire qu'ils ne connaissent pas, une figure qu'ils ne peuvent pas juger être leur ennemie, d'après le raisonnement; c'est donc instinctivement qu'ils prennent la fuite. Une foule de jeunes animaux sauvages sont dans ce cas, et même il y a chez les mères un instinct qui y correspond, car lorsque la mère aperçoit un ennemi, à l'instant elle pousse un cri, ce cri est compris par l'instinct que nous décrivons, et aussitôt ses petits se réfugient auprès d'elle; ils se cachent sous l'aile de la poule, ils s'introduisent dans la poche de la sarrigue, car la sarrigue est un animal qui met ses petits au jour à peu près à mi-terme. Ces petits, à moitié développés, sortent, vont au soleil, et s'il survient quelque ennemi, la mère pousse un cri, et à l'instant ces animaux se réfugient dans la poche, et cette poche présente les orifices des mamelons auxquels les petits s'attachent pour sucer le lait. Vous voyez qu'il y a là une organisation toute particulière, une prévision de la nature. On observe chez la femelle, dans le sentiment du danger, un cri dont la signification est comprise, sans raisonnement, par l'organe de l'amour de la vie, et qui porte les petits à se sauver.

Telles sont les observations sur lesquelles M. Vimont a réfléchi, suivant moi, avec beaucoup de sagacité, et jamais la philosophie du moi, du sens commun ou du sentiment transformé, n'aurait trouvé ces faits-là, messieurs; c'est l'observation de la nature qui le découvre. Il faut vraiment une faculté active pour produire des actes aussi subits, aussi prononcés; impossible de les attribuer au défaut de quelque autre faculté, c'est-à-dire à une négation, car la négation, en général, ne produit rien. Ainsi, ce n'est pas la ruse, ce n'est pas la circonspection qui produisent cela; la ruse est autre chose, la circonspection en diffère encore davantage.

Pour la localisation de cette faculté, les premières observations de M. Vimont n'amenèrent aucun résultat; cependant voici, d'après son ouvrage, ce qui lui fournit quelques données. Il étudia les mœurs de plusieurs lapins vivant en communauté; il s'en trouva un qui fuyait au moindre bruit, il le sacrifia, et il examina son cerveau; la partie inférieure et interne du lobe moyen fut trouvée double de ce qu'elle était chez les autres lapins auxquels celui-là avait été comparé.

Il faut maintenant vous montrer l'organe, d'après cet auteur. Voilà la destruction, voilà l'appétit ou choix des alimens, puis au-dessous vous voyez un groupe qui forme la base du lobe moyen; cette partie lui paraissant plus développée de moitié qu'elle n'était chez les autres lapins, il confronta ce cerveau avec celui d'autres animaux qu'il conservait dans l'alcool, et remarqua la même conformation chez tous ceux qui avaient manifesté cette tendance à fuir promptement le danger.

Voici maintenant les observations qu'il a faites chez les quadrumanes et chez les principaux quadrupèdes. Chez les singes, les renards, le chat, la martre, le putois, la marmotte, le lièvre, le blaireau, cette portion du cerveau est très-développée. Ce sont tous des animaux qui pour un rien prennent la fuite. Chez le cerf et le chevreuil il fit la même observation.

Quant aux oiseaux, cette partie forme chez eux une masse arrondie à la région postérieure et inférieure de chaque hémisphère, au-dessus des tubercules bijumeaux, qui représentent les tubercules quadrijumeaux de l'homme, au moins la partie la plus reculée; il remarqua que cet organe répond à la région de la base du crâne, placée au-dessous de la cavité qui loge les tubercules bijumeaux; il observa l'organe chez les oiseaux de proie, qui se laissent si difficilement approcher, surtout ceux de nuit. L'organe de la fuite du danger peut donc s'allier avec celui de la destruction. En effet, un animal peut être cruel, vorace, et en même temps extrêmement sauvage, disposé à s'enfuir lorsque l'objet qui vient frapper ses sens n'est plus sa proie, mais un ennemi qui peut lui causer du dommage; il sent cela instinctivement et se sauve. On pourrait alléguer que le caractère sauvage de ces oiseaux tient à la circonspection; mais la circonspection observe dans l'intérêt de tous les organes, et les actes qui s'en suivent, varient suivant le but de l'organe qui a mis en jeu la circonscription.

M. Vimont signale aussi le même organe chez les oies sauvages, chez les oiseaux plongeurs, chez les cormorans surtout.

M. Combe n'a parlé de cet organe que dans sa troisième édition, en 1830. Il fut conduit à l'admettre par le chagrin qu'éprouvent quelques individus à quitter la vie. Il y a en effet des hommes qui ne peuvent se résoudre à mourir, d'autres qui s'y résignent sans difficulté, d'autres qui se donnent eux-mêmes la mort. Il faut des raisons pour ces différences. Il est vrai que la position sociale y contribue pour beaucoup. On sait que le riche, l'homme opulent et puissant, quittent la vie avec regret, tandis que le pauvre et le malheureux l'abandonnent souvent sans y penser, et même avec joie. Toutefois

l'organisation cérébrale a toujours son influence et produit souvent des effets contraires. J'ai vu des infortunés regretter la vie, et des riches y renoncer sans peine, au milieu des plus douces jouissances. C'est dans ces cas, exceptionnels en apparence, qu'on étudie avec fruit les influences de l'organisation. Certes, les effets les plus marqués des dispositions sociales n'empêchent pas que l'on ne puisse accumuler ces observations ; et l'on voit qu'elles établissent un rapport constant entre le regret de la vie et le développement de cette partie qui élargit la portion inférieure et latérale et un peu antérieure du crâne.

Situation. — Pour éviter toute erreur dans la reconnaissance de l'organe qui nous occupe, observez bien ce crâne : voilà le trou auditif qui correspond à l'oreille, voici la fosse zygomatique, qui est en avant du conduit auditif, et qui est surmontée par l'os de la pommette qui forme comme un pont traversant cette fosse, et porte le nom d'arcade zygomatique ; c'est donc sous cette arcade, dans cette fosse, sous ce pont osseux que je touche et qui correspond à la partie inférieure de la grande aile du sphénoïde et à une petite portion du temporal, que vous verrez saillir l'organe de l'amour de la vie. Si maintenant vous observez le cerveau, vous vérifierez facilement que l'organe est attribué à une circonvolution qui s'allonge au côté interne de celle que l'on regarde comme l'organe de la destruction, et dont l'extrémité antérieure est celui de l'alimentivité; ce dernier se trouve donc placé à côté de l'amour de la vie, et tous les deux correspondent communément à la fosse zygomatique, à la paroi postérieure de cette fosse, qu'ils rendent plus ou moins saillante. Ces deux organes réunis doivent donc donner une largeur considérable à cette partie de la tête qui répond à l'extrémité postérieure de la pommette. La fosse zygomatique, qu'ils tendent à rétrécir, est remplie par le muscle temporal ou crotaphite ; mais les fibres de ce muscle étant repoussés par ces deux organes lorsqu'ils sont très-développés, le signalement en est possible, puisqu'ils élargissent la tête entre l'oreille et la pommette, qui devient elle-même plus saillante. L'alimentivité se marque davantage dans la partie supérieure de cet espace, et l'amour de la vie dans l'inférieure. C'est ainsi que la gravure les représente par deux XX superposés.

Des observations ont été faites sur des suicides. On a remarqué que les personnes qui se tuent facilement ont la portion qui correspond à la biophilie extrêmement déprimée, ce qui indique un faible attachement à la vie.

M. Dumoustier a recueilli un nombre assez remarquable d'observations à ce sujet, et il croit pouvoir établir, par des faits assez nombreux, que l'organe, en général, est peu développé chez ceux qui se détruisent; il serait au contraire extrêmement saillant chez ceux qui ne pensent qu'à la conservation ; qui sont profondément égoïstes, qui ne s'occupent que d'eux-mêmes : vivre! vivre! moi! moi! c'est leur refrain perpétuel suivant ce phrénologiste. Tels sont, en général, les hypocondriaques.

Voilà, comme vous voyez, deux organes qui sont postérieurs à Gall. Ces organes ayant été observés depuis peu de temps, nous ne pouvons vous en fournir beaucoup d'exemples ; nous nous contentons d'appeler votre attention sur cet objet.

7. SÉCRÉTIVITÉ.

Après ces deux organes, nous avons à vous entretenir de celui de la ruse, suivant l'expression de Gall, de la *sécrétivité* d'après Spurzheim, lequel, ainsi que je vous l'ai dit, s'est attaché à rectifier les dénominations imposées par Gall à divers organes.

Cet organe a été désigné d'abord sous les noms de *ruse*, *finesse*, *savoir-faire*, mots extrêmement significatifs. Il fut observé par Gall; il a été vérifié par tous les phrénologistes, sans exception. C'est peut-être un des organes sur lequel ils sont le plus d'accord.

Situation. — A la région latérale de la tête, qu'il élargit immédiatement au-dessus de la destruction, laquelle règne, comme vous le savez, longitudinalement ou horizontalement, au-dessus de l'oreille. Voici un des exemples les plus forts de cet organe que l'on possède dans les collections; c'est celui du Hongrois rusé figuré dans l'ouvrage de Gall. La destruction y est peu saillante, la sécrétivité y est énorme; elle forme toute la saillie de cette région.

Voici encore un autre rusé ; c'est un voleur sur la tête duquel vous pouvez faire la même observation. La partie latérale de la tête que nous vous signalons est donc un peu au-dessus de l'oreille, et immédiatement au-dessus de la destruction, qui la sépare du conduit auditif. Elle est allongée et horizontale aussi bien que la destruction, parce que l'organe dépend d'une circonvolution allongée, qui est, comme celle de la destruction, dans une direction horizontale. Cet organe élargit donc la tête dans cette région, à peu près à un demi-pouce au-dessus de l'oreille.

Influence primitive. — Ces effets sont la tendance à se cacher. Spurzheim, observant que le mot ruse se prenait toujours en mauvaise part, a eu raison de corriger cette dénomination, de la changer en une autre.

L'impulsion primitive qui lui appartient est, suivant lui, la tendance à se cacher, à se mettre de côté pour observer, à dissimuler, à suspendre la manifestation de ses pensées et des sentimens que l'on éprouve à l'occasion d'une impression quelconque pour mieux réussir dans ses projets. Par conséquent, cet organe doit être considéré comme une puissance de cohibition qui retient d'autres organes ; sous ce rapport, il est analogue à l'organe de la circonspection. Toutefois il doit en être distingué, car il paraît plus destiné à servir l'instinct que l'intelligence. En effet, de l'aveu des phrénologistes les plus attentifs, la sécrétivité inspire les moyens obliques de vaincre les difficultés, bien plutôt qu'elle ne tend à faire approfondir les questions et à perfectionner le raisonnement. L'organe donne plutôt la ruse que la prudence; car on voit des accusés déployer une ruse extraordinaire dans leur défense, quoiqu'ils manquent de

prudence, de sagesse, et qu'ils soient faibles sous le rapport de la logique. De plus, l'organe empêche la franchise, la manifestation naïve de ce qu'on pense, et tend surtout à faire dissimuler le but qu'on se propose d'atteindre.

Que faisaient les philosophes de la faculté sur laquelle nous dissertons ? Ils considéraient la ruse, la finesse, la dissimulation, comme des qualités du moi, des qualités de l'âme, ce qui ne signifie pas grand chose, car on peut toujours demander pourquoi et comment l'âme a des qualités ; si elle les tient du hasard, de l'éducation, d'une constitution primitive qui ne saurait vaincre tout cela ; enfin quelle notion on doit se faire et quelle preuve on peut donner de ce qu'on voudrait désigner par la constitution de l'âme. On a fait un pas de plus, on a fait un pas immense, quand on a montré l'organe auquel cette disposition correspond. C'était un vice suivant eux, c'était une corruption de la nature humaine ; mais, encore une fois, ce vice et cette corruption restaient sans être expliqués.

Application. — Cet organe joue un grand rôle dans l'espèce humaine : chez les voleurs qui sont toujours obligés de dissimuler, comme vous le sentez, c'est une action répréhensible. Chez les comédiens, cet organe joue également un rôle fort important. Cette observation, très-curieuse, n'est pas de moi. Combe surtout fait remarquer qu'un acteur est obligé de se contrefaire, d'affecter des sentimens qu'il n'a pas, par conséquent d'user de ruse pour faire taire les impulsions qui peuvent être prédominantes chez lui, afin d'en mettre d'autres en action. Il faut alors que l'organe agisse de concert avec celui de la mimique ou de l'imitation. Il sert beaucoup aux diplomates, c'est là surtout qu'il triomphe. Il est utile aux courtisans, aux commandans en temps de guerre, car un général ne doit jamais être deviné par ceux qui l'entourent, et doit être impénétrable pour ses ennemis. Mais il faut que cet organe coïncide, comme vous le sentez bien, avec des facultés supérieures : c'est ce que nous développerons prochainement.

L'intelligence peut suppléer momentanément à la faiblesse de cette impulsion. Je dis à la faiblesse, car l'impulsion existe chez tous les hommes, puisque nous avons tous les mêmes organes ; mais si celui-ci n'est pas très-fort, l'intelligence peut y suppléer ainsi qu'à la prudence ou circonspection. Toutefois ce ne saurait être, ce n'est pas d'une manière soutenue. Celui qui n'est rusé et prudent que par l'effet de la réflexion, est toujours facile à surprendre, tandis que les personnes chez qui l'organe est extrêmement fort et qui, par conséquent, sont naturellement rusées, se tiennent toujours sur leurs gardes et ne précipitent jamais une action, une parole, un geste. Tout est calculé ; une poignée de main, un sourire, tout a sa valeur ; vous sentez, messieurs, que cet organe doit jouer un assez grand rôle chez les coquettes. Les intriguans de tout genre s'en servent avec le plus grand succès dans leur intérêt.

Cet organe est donc très-influent sur l'appareil général des organes et sur la conduite des hommes.

Voici maintenant les observations faites par M. Vimont sur cet organe. C'est, suivant lui, une des facultés qui servent le plus à la conservation de l'individu ; dans un degré modéré et avec un peu de circonspection et d'intelligence, il constitue ces hommes dont le caractère est pour ainsi dire *percé à jour*. Il ont de la tendance à faire de la ruse, et ils n'ont pas d'intelligence pour aider cette ruse ; alors rien n'est si facile que de les pénétrer. Réuni à la circonspection et à l'esprit d'induction, qui réside dans la partie supérieure du crâne, et antérieure du front, cet organe contribue à donner du tact, et forme les caractères éminemment prudens. Notez bien que je dis réuni à la circonspection ; car s'il y a peu de facultés intellectuelles, et s'il n'existe pas de sentimens élevés, la sécrétivité produit cette foule de misérables qui peuplent les bagnes.

C'est une grande faute, observe M. Vimont avec beaucoup de justesse, mais il n'est pas le premier qui ait fait cette remarque, de confondre cet organe avec l'intelligence. Il gouverne l'intelligence dans le sens qui lui convient, mais il inspire le scepticisme et tous les mauvais raisonnemens de ces hommes féconds en arguties, qui ne sont que des *finauds* dépourvus de la véritable intelligence ; c'est ce qui constitue, à proprement dire, les sophistes, parmi lesquels, pardonnez-moi l'expression, je suis tenté de ranger certains ennemis de la phrénologie.

M. Vimont remarque que les expressions de ruse, finesse, savoir-faire, employées par Gall, n'expriment que des modifications de l'organe, des applications, et que le fond principal, comme l'a fort bien dit Spurzheim, est la tendance à se mettre de côté pour observer et se conduire ensuite suivant les circonstances. Spurzheim est effectivement celui qui a le mieux fait apprécier cette faculté, en la nommant *le penchant à être clandestin* en pensée, en projet, en action.

M. Vimont pense aussi que c'est à tort que le même auteur lui a attribué le penchant qui existe chez quelques animaux à cacher le superflu de leur nourriture. Vous savez que les chiens, les loups, quand ils ont quelque chose de trop, vont le cacher ; cela ne doit pas dépendre de cet organe, mais plutôt de celui de la propriété ou d'une impulsion qui n'est pas encore bien déterminée. Du reste, M. Vimont pense qu'il est difficile de rendre les fonctions de cet organe par une seule expression, d'autant plus qu'elle se combine souvent avec plusieurs autres organes.

Auxiliaires. — L'organe dont il s'agit a pour auxiliaire la circonspection, dans laquelle effectivement il se continue, comme l'a très-bien fait remarquer Spurzheim.

Vous voyez dans ces têtes l'organe de la sécrétivité placé au-dessus de celui de la destruction ; la sécrétivité porte le n° 7, et vous pouvez vous assurer qu'elle se continue avec un groupe considérable de circonvolutions qui constituent l'organe de la circonspection. Mais suivant les observations des phrénologistes, la circonspection aurait quelque chose de plus relevé ; ce serait un sentiment, tandis que la ruse n'est qu'un instinct. Il s'agirait de savoir si l'on n'est pas dupe des mots. Au

reste, je reviendrai sur cette question en vous parlant de la circonspection. Je me renferme présentement dans l'exposition des organes, en suivant l'ordre établi par les phrénologistes, afin de vous faciliter l'étude de cette connaissance; car, si je vous travestissais tout l'ordre établi, vous seriez dans un embarras extrême; vous ne sauriez comment étudier, vous ne pourriez pas choisir vos modèles. Je vous exposerai donc tous les organes, suivant l'ordre admis par Gall, amendé par Spurzheim, par Combe; j'y ajouterai mes propres réflexions à mesure que l'occasion s'en présentera; vous-mêmes, plus tard, vous ferez les vôtres après avoir observé et réfléchi; et la science continuera de marcher.

Antagonistes. — L'organe trouve de l'opposition dans la bienveillance, l'amitié et l'amour des enfans. Il se tait souvent devant les impulsions de ces organes, et ne s'applique qu'aux individus qui ne les excitent pas. Il est encore combattu efficacement par la conscience, l'amour de la justice, car la nature a mis toutes les qualités dans le cœur de l'homme; expression qu'il faut traduire désormais, quand elle est prise au figuré, par celle de cerveau. La colère est un des plus grands ennemis de la dissimulation, car les rusés qui peuvent se posséder savent exciter à propos le dissimulé irascible, pour l'amener à découvrir le fond de sa pensée. Ils n'ignorent pas non plus que le plus sûr moyen d'y réussir est de blesser avec certaines mesures son amour-propre. Mais cette tactique ne réussit pas en tout temps : si ce sujet contre lequel on la dirige parvient à la deviner, et s'il s'exerce et se tient en garde contre ses pareils.

L'instinct porte les hommes à tous ces manéges : on les apprend sans beaucoup d'études, par le simple usage de la vie, lorsque l'on est organisé d'une certaine manière.

Animaux. — Les animaux le possèdent comme l'homme, mais sans réflexion, et avec un faible degré d'intelligence et de toutes les prérogatives qui distinguent l'homme. Chez les singes, cet organe occupe la même place que chez l'homme; chez les carnassiers, les chiens, les loups, le renard, la martre, le putois, il est exactement placé au-dessus de la ligne que décrit l'articulation écailleuse du temporal, au milieu du bord inférieur du pariétal. Chez les herbivores, il est plus étendu, placé plus haut, et beaucoup moins développé. D'après les observations de M. Vimont, il est très-prononcé chez le renard, et vous savez combien notre illustre fabuliste, La Fontaine, a célébré la finesse et la ruse de cet animal. Il est déprimé chez le chevreuil, chez le lièvre; le lapin, l'écureuil, chez la plupart des oiseaux, sans en excepter les frugivores. Les oiseaux exceptionnels, qui se distinguent par leur caractère rusé, ont cette région très-prononcée; mais, ajoute l'auteur, si l'on allait chercher la ruse sur l'os pariétal d'un coq, on commettrait une grave erreur. L'organe manque chez ces animaux. L'assertion avancée par Gall, sur le siége qu'il occupe, paraît donc trop générale.

Dans le genre *corvus*, cet organe est situé à quelques lignes au-dessus de la petite apophyse osseuse placée à la partie la plus reculée du conduit auditif externe, et se prolonge en avant, de plusieurs lignes, chez le grand corbeau. Chez les granivores, on le trouve derrière et au-dessus de l'apophyse orbitaire externe.

8. ACQUISIVITÉ.

L'organe qui se présente ensuite est celui de l'acquisivité, instinct de faire des provisions, instinct de la convoitise, penchant au vol, suivant Gall. Cette expression *vol*, ainsi que je vous l'ai démontré ailleurs, avait nui au système de Gall.

Situation. — La situation de cet organe est à l'angle inférieur et antérieur de l'os pariétal, au-dessus de la partie antérieure de la ruse: il porte le n° 8. Je vous ai déjà cité des exemples très-remarquables de l'acquisivité en vous présentant des têtes de voleurs.

Influence primitive et applications. — Les effets de cet organe sont le désir de posséder, et la tendance à faire ce qui paraît nécessaire à l'intelligence pour arriver à la possession : voilà, je crois, la définition la plus précise que l'on puisse en donner. Vous voyez qu'il est soumis, dans son action, à l'intelligence; que si l'intelligence est forte, l'organe inspirera des moyens dignes d'approbation pour acquérir; que si elle se trouve faible, et que si d'autres instincts dépravés concourent avec celui-ci, les moyens seront coupables. Il est l'origine de la propriété, il est essentiellement dans la nature. Il se trouve également chez les animaux; l'application s'en montre dans la tendance à thésauriser, à amasser les signes et les moyens de toutes nos jouissances, l'or, l'argent, le métal monnayé ou non monnayé.

On pense aussi qu'il ne se borne pas à cette influence, mais qu'il inspire le désir de posséder quoi que ce soit, d'avoir beaucoup en sa possession, attendu qu'à cette possession est attachée une jouissance. Ainsi, son application peut varier : appliqué aux objets d'histoire naturelle, vous voyez cet organe produire le goût des collections considérables auxquelles les propriétaires tiennent beaucoup, comme de raison. Ces collections seront plus ou moins bien disposées suivant les influences de l'organe de l'ordre. Appliqué aux objets d'antiquité, il forme des musées d'antiques, et ainsi de suite. Il est dans la nature; il ne faut le confondre ni avec l'amour de l'habitation, ni avec le choix des lieux; ce sont deux impulsions différentes. Il s'agit ici du sentiment de propriété, du plaisir de posséder, de dire : Cela est à moi. Ceux qui n'ont pas cet organe à un degré bien considérable n'éprouvent pas le sentiment bien prononcé de cette jouissance; mais ceux qui l'ont, la sentent parfaitement.

C'est encore un organe que les philosophes n'ont pas connu, n'ont pas défini, qu'ils ont placés dans les aberrations de leur être intellectuel, intra-crânien, matériel ou spirituel, fixe ou volatil. Mais nous sommes ici dans l'observation de l'histoire naturelle.

Antagonistes. — Les oppositions à cet organe se trouvent dans l'intelligence qui règle les conditions auxquelles on peut posséder; dans la bienveillance qui inspire le désir de partager ce qu'on possède avec d'autres, afin de leur faire plaisir, par la jouissance que

l'on trouve à faire du bien. Ce sont, comme vous voyez, des impulsions tout à fait différentes, tandis que l'organe dont nous parlons conduit à dire : *Tout pour moi et rien que pour moi.*

La conscience lui sert aussi de correctif ; l'amitié, les affections de famille le modifient ; car beaucoup d'avares sont généreux envers les personnes qui leur appartiennent de près ; d'autres ne sont pas sensibles à cette considération, et vous trouverez chez M. Vimont l'observation, très-curieuse, d'un avare qui, formant une dot pour sa fille, avait porté pour 2,000 francs, une caisse dans laquelle était un rat....., mais un rat pétrifié.

Au reste, le caractère de l'avare décrit par Molière vous rend parfaitement compte de cette impulsion. Il faut la voir quand elle est très-prononcée ; c'est alors qu'elle fait taire tous les autres sentimens ; car l'avare s'humilie, s'abaisse, se prosterne pour posséder. Tout cède à cette impulsion, quand elle est prédominante, quand elle n'est pas assez contrebalancée par les sentimens supérieurs, et quand les moyens dont elle se sert ne sont pas bien jugés par l'intelligence. Chez certaines personnes, le besoin d'accumuler est vraiment insatiable ; de sorte que lorsqu'elles possèdent une somme, un immeuble, elles en veulent posséder d'autres : cela n'a pas de terme.

Il ne faut pas confondre cette passion avec celle de l'ambition, qui veut accumuler les honneurs plutôt que les richesses. Ces deux impulsions existent également dans la nature.

Associations.—De l'association de la sécrétivité avec la ruse résulte un accroissement de la tendance au vol, si les sentimens supérieurs sont en défaut ; et si la destruction s'y joint, cette combinaison produit les voleurs assassins.

On a fait des objections pitoyables contre la phrénologie ; des hommes qui répugnent à la méditation, à cette étude patiente et soutenue d'une question dont vous me donnez ici un si beau et si frappant exemple, ont repoussé, au premier abord, la phrénologie, en s'écriant : « Tous les voleurs, tous les assassins n'ont pas les organes de la propriété et de la destruction prédominans. » Eh ! non, sans doute, mais un organe en entraîne un autre, comme une action coupable a pour conséquence trop souvent nécessaire une autre action plus coupable. Racine a si bien exprimé cette pensée, et ses vers sont si connus, que je ne conçois pas comment cela n'a pas prévenu de pareilles objections :

> Quelques crimes toujours précèdent les grands crimes.
> Quiconque a pu franchir les bornes légitimes,
> Peut violer enfin les droits les plus sacrés ;
> Ainsi que la vertu, le crime a ses degrés.

Eh bien ! c'est la nature qui se trouve représentée par ces beaux vers. Un homme commence à voler sans avoir l'intention de détruire, quelquefois pour satisfaire la passion de posséder l'objet de sa convoitise, et sans avoir trop réfléchi aux conséquences ; le plus souvent, pour satisfaire à ses premiers besoins ; car, malheureusement, c'est encore là, vu l'imperfection de l'état social, la principale cause du vol. Il met en jeu la ruse pour réussir. Arrive un moment où sa sûreté se trouve compromise, où il craint d'être découvert, où il a pour perspective la prison, le bagne, la flétrissure ; alors l'organe de la destruction intervient, il tue. Une fois cet organe mis en action, il en prend l'habitude, et d'un homme qui n'était pas né pour la destruction de son semblable, une suite de circonstances malheureuses font un assassin des plus déterminés.

Voilà ce que tout le monde sait parfaitement, et ce que les antiphrénologistes affectent d'ignorer, afin de pouvoir tirer de la mesure des organes de la propriété et de la destruction chez les suppliciés, de pitoyables objections contre la phrénologie.

Voici des voleurs rusés, tirés de la collection de Gall. Voyez le développement de toute cette partie latérale de la tête ; je vous ai montré ces organes chacun séparément. Vous voyez la ruse, le vol et puis un autre organe, la constructivité, chez les voleurs effracteurs, qui les porte à la fabrication des fausses clefs et des autres machines qui peuvent les servir dans leurs projets.

Le courage et la destruction se trouvent quelquefois réunis à la sécrétivité et à la propriété ; c'est alors qu'apparaissent ces masses dégoûtantes de la partie moyenne et latérale inférieure de la tête ; vous pouvez les contempler sur cet assassin ; jamais vous ne trouverez cette partie aussi prédominante chez les honnêtes gens ; car, si les organes qui la rendent si forte sont développés chez eux, l'intelligence et les sentimens supérieurs le sont assez pour leur résister et empêcher cette difformité.

Voici le fameux Lacenaire ; on l'a signalé comme une exception à la règle, cela nous oblige d'en parler. Eh bien, cette tête rentre dans la loi que nous venons de vous exprimer. Voyez la destruction, je vous en supplie ; la saillie qu'elle forme est assurément très-considérable, et paraît encore bien plus sur le crâne que sur le buste. La propriété est forte aussi, mais elle est dominée par la destruction et par d'autres organes. Observez en effet l'amour-propre, la vanité ; ce sont là les organes qui l'ont conduit au crime, plutôt que l'acquisivité. Beaucoup de sujets volent moins pour garder que pour satisfaire leurs passions. Mais comme nous n'avons pas encore étudié les sentimens, je n'exprimerai pas ici tout ce que je me suis proposé de vous dire sur cette tête ; je crois toutefois devoir vous faire remarquer que la distance qui sépare les deux oreilles est très-considérable, le demi-cercle postérieur d'une oreille à l'autre plus large de beaucoup que le demi-cercle antérieur. Cette épreuve montre, en effet, que la masse cérébrale la plus considérable est en arrière, ce qui annonce que les facultés animales dominent les intellectuelles. Quant aux sentimens supérieurs, il y a bien assurément un certain degré de circonspection, mais elle ne domine pas ; ce qui domine, c'est le désir de l'approbation et l'imagination. Ces facultés l'emportent sur la prudence et le jugement, et cette combinaison

doit donner un amour-propre mal entendu ; joignez à cet orgueil beaucoup de ténacité, peu de vénération, et vous jugerez que les circonstances ont pu amener au crime un homme qui, sous d'autres influences, eût pu l'éviter. Si le temps nous le permet, nous reviendrons sur cette tête.

Mais, pour nous circonscrire dans les influences de l'organe de la possession, voyez cette tête de cardinal ; eh bien! tout cardinal qu'il était, et quoiqu'il eût des sentimens supérieurs assez conformes à son rôle dans l'état social, l'acquisivité, qui est excessive, ne laissait pas de gouverner la masse encéphalique ; on lui a trouvé 2 ou 300,000 fr. cachés, après sa mort.

Voici encore une tête que je vous ai montrée plusieurs fois : c'est celle d'une femme de haut parage, qui avait tous les sentimens de famille très-prononcés, et qui cédait aussi beaucoup, quoique très-respectable d'ailleurs, au désir de posséder.

Défaut. — Voici les observations contraires. Le nègre Eustache qui a obtenu le prix de vertu, a toute cette partie aplatie; la bienveillance domine dans sa tête. Il faut toujours avoir égard à l'organe qui domine lorsque vous voulez juger un homme.

Voici l'abbé Grégoire, aussi bien évêque que tout autre évêque, mais avant tout, homme très-remarquable par sa franchise, son dévouement à ses amis, à ce qui lui semblait être la justice et la vérité, doué finalement de toutes les vertus sociales. Voyez comme aux sentimens affectueux se joignent les sentimens supérieurs avec une intelligence bien développée! Quelle prédominance dans les régions de ces facultés! quelle dépression, au contraire, dans les organes de la ruse, de la propriété!

M. Vimont fait la remarque très-judicieuse, en cherchant à déterminer la fonction de l'organe de la possession, qu'il n'est pas nécessaire qu'une chose soit utile pour qu'on désire la posséder ; qu'il y a un instinct primitif qui inspire le désir de posséder, indépendamment des motifs intellectuels, qui d'ailleurs ne peuvent exister que chez l'homme. Rapprochez cette observation des précédentes, et vous concevrez qu'on peut voler dans trois buts : 1° pour pourvoir aux premiers besoins; 2° pour dépenser aussitôt ; 3° pour conserver.

Animaux. — Le même auteur voit cet organe très-prononcé chez les quadrumanes, particulièrement chez l'orang-outang ; c'est une observation que l'on pourra vérifier, puisque nous en possédons un au Jardin des Plantes. Chez le chat et le renard, il occupe la même place que chez l'orang-outang et chez l'homme. L'auteur fait aussi une remarque dont je dois vous informer, c'est que l'instinct du vol chez quelques carnassiers, comme le chat, le chien, qui vivent au milieu de nous, dépend plutôt du besoin d'alimentation que de la tendance au vol; tandis que chez la pie c'est un instinct primitif, puisque la pie enlève et cache une foule d'objets qui ne lui servent point à sa nourriture. Cet oiseau obéit donc à un instinct primitif d'amasser; mais on ne peut dire pourquoi la pie préfère les métaux brillans et les pierres précieuses à d'autres objets. Il n'en est pas ainsi de plusieurs autres animaux. Tout le monde sait, ajoute M. Vimont, que le chien et le chat, bien nourris, ne volent pas. Ce fait seul, appliqué à l'homme, appuierait le fait bien contesté, que l'homme n'est voleur le plus souvent que par nécessité. Mais, d'autre part, l'instinct de la pie serait d'accord avec la conduite de certains hommes qui, quoique riches, volent pour le seul plaisir de voler. Qui ne sait qu'on rencontre encore assez fréquemment des personnes riches qui ne peuvent s'empêcher d'emporter certains objets dans les maisons qu'elles fréquentent? On les connaît pour être possédées de cette manie, et on rend les choses ou bien on en solde le prix. Nul inconvénient grave de cette singulière passion pour l'homme opulent, pour le grand seigneur; on en rit ; mais placez le même penchant chez un malheureux qui n'a pas les moyens de pourvoir à ses premiers besoins ; les résultats deviennent tout différens ; son impérieux caprice le mènera dans les prisons, dans les bagnes, et si le besoin de la conservation détermine l'assassinat, il ira à l'échafaud. Pour moi, je crois et je croirai, jusqu'à ce que j'aie vu le contraire, que les opulens voleurs que protègent les expressions de caprice et de fantaisie, pourraient se corriger si l'intelligence et les sentimens élevés occupaient un honnête espace dans ces têtes où règne si impérieusement l'instinct de la propriété.

L'organe, chez les oiseaux, se trouve placé au-dessus de la ruse, et, conjointement avec cet instinct, il élargit la partie latérale du crâne ; on l'observe chez la pie, oiseau dont les larcins ont été célébrés par l'histoire et par un drame que vous connaissez ; chez le geai, le corbeau, la mésange, on l'a aussi rencontré ; c'est en vain que l'on chercherait, selon M. Vimont, l'organe du vol chez le coq d'Inde, chez le dinde ordinaire, chez les gallinacées, qui n'offrent jamais d'exemples de cet intinct-là.

NEUVIÈME LEÇON.

13 *juin* 1836.

Messieurs,

Nous avons terminé la dernière séance par l'étude de l'organe qui préside au désir d'acquérir et à la passion de posséder; de posséder surtout, car l'acquisition est un des moyens de la satisfaire. Nous avons vu que ce penchant existait chez les autres animaux aussi bien que chez l'homme : mais que chez l'homme, il était soumis à l'influence de facultés qui n'existent pas chez les animaux, et c'est là le grand secret de la différence des instincts et des sentimens des animaux avec ceux de l'homme.

Nous avons cité la pie et tous les animaux qui font des collections, des provisions inutiles à leur nourriture, à la construction de leur gîte, de leur nid, etc. Il serait inutile de s'arrêter plus longtemps sur cette question. Il faut bien que l'on convienne, quelque en-

vie qu'on ai de discuter, qu'une impulsion est nécessaire pour produire ces actes, que cette impulsion ne peut résider que dans le système nerveux, et qu'enfin quand on trouve une coïncidence constante entre le développement d'une portion de ce système et la faculté, il y a de grandes raisons pour lui assigner un siége dans l'encéphale.

9. Constructivité.

Nous arrivons aujourd'hui à la constructivité de Spurzheim, organe de la mécanique de Gall. Cette faculté n'est ni considérée ni classée de la même manière par tous les phrénologistes ; il y en a qui la considèrent comme une dépendance des facultés intellectuelles, et non comme un sentiment pur et simple. Mais comme elle est rangée au nombre des sentimens par Spurzheim et par Combe, qui pourtant lui assigne un usage différent, je lui conserve cette place, sauf à vous en dire mon opinion. Mon opinion est que le penchant et l'aptitude à construire sont une sorte d'ampliation des facultés intellectuelles ; j'y reviendrai quand il sera question de celle-ci. Telle est à peu près aussi l'opinion de M. Vimont.

Historique. — C'est Gall qui a découvert cet organe.

Situation. — Il est situé, de chaque côté, à la partie externe et inférieure de l'os frontal n° 9. Je vous conseillerai de vous procurer de petites têtes qui ont été réduites par les soins de Spurzheim, dont il a fait cadeau à quelques amis, et qui sont maintenant dans le commerce ; chacun de vous pourrait avoir une de ces petites têtes et l'examiner à mesure qu'on décrirait sur de plus grands modèles.

Ainsi l'organe n° 9 est à la partie externe et inférieure de l'os frontal, au-dessus de la suture sphéno-temporale ; il est recouvert par le muscle temporal ou crotaphite ; ce qui sera très-bien entendu des anatomistes.

On a objecté qu'étant caché sous ce muscle, l'organe ne pouvait pas devenir sensible à l'extérieur ; c'est une erreur ; quand il est prononcé, il fait saillir le muscle, et voilà tout. On ne l'observe pas chez les animaux qui n'ont pas besoin de construire, comme le lion, le tigre, etc. ; mais on le voit très-bien chez le castor, le renard, et chez tous les animaux qui construisent, parce qu'il soulève les fibres musculaires qui le recouvrent ; il faut faire la déduction du muscle, comme dans d'autres circonstances, on est obligé de faire la déduction des *sinus*, mais l'habitude de comparer les différentes têtes en a bientôt fourni les moyens. Cette objection est une des mille arguties que reproduisent des personnes qui ne se sont point exercées à l'observation. Je n'en aurais pas parlé si, depuis peu, l'irréflexion n'avait entrepris de la faire valoir devant plusieurs d'entre vous.

Combe a fait la remarque que si la base du cerveau est étroite, l'organe qui correspond à cette faculté se trouve un peu soulevé par une légère dépression qui se remarque entre l'angle externe de l'œil et l'oreille. En tout cas, il élargit beaucoup la tête dans la partie antérieure de la région temporale.

Pour bien saisir cet organe, qui est un peu vers la base, il faut plusieurs points de comparaison. Ne croyez pas que ce soit une grande difficulté ; il suffira de vous souvenir qu'il est placé en avant de l'organe de la propriété et au-dessus de celui du choix des alimens, que vous connaissez déjà ; en arrière de l'organe des tons et immédiatement au-dessous de celui de l'idéalité, que vous connaîtrez bientôt. Le muscle temporal le couvre entièrement, mais vous pourrez palper, et si le muscle se trouve plus épais qu'à l'ordinaire, il vous sera encore facile d'en apprécier l'épaisseur, en engageant la personne à le mettre en contraction.

Influence directe de l'organe ; faculté de construire. On a remarqué que les personnes qui sont habiles à dessiner, à copier les formes, à régulariser, à symétriser, dans la sculpture, dans l'architecture, dans le dessin, ont cette partie du cerveau très-prononcée ; et l'on en a conclu que cette partie contribuait à ces sortes d'opérations.

Applications et combinaisons. — Là-dessus quelqu'un a entrepris de faire des gloses ; mais que signifient des gloses contre les faits bien observés ? Nous pourrions nous contenter de cette réponse. On a dit, croyant faire de la bonne plaisanterie : quel rapport entre l'architecte qui a exécuté le dôme de Saint-Pierre, le Panthéon, et une modiste qui construit de jolis bonnets, et l'artiste qui bâtit, comme le disait Boileau, le galant édifice de la chevelure des belles ? Quel rapport !.. mais il y en a beaucoup, ce me semble. La même cause donne chaque jour des résultats bien différens : nos adversaires veulent que l'esprit fasse toute chose ; pourquoi donc ne le tournent-ils pas également en ridicule parce qu'il s'applique aussi bien à l'architecture qu'à la frisure, à façonner des poupées qu'à élever des statues, à faire un traité de morale qu'à imaginer de fades quolibets ? D'ailleurs les phrénologistes n'ont-ils pas montré que l'organe n'agit pas seul dans les productions qui ont rapport à la construction : il agit de concert avec d'autres organes, qui lui prêtent leurs secours et qui lui donnent tantôt une direction, tantôt une autre. Son objet, en conséquence, est plus ou moins distingué, plus ou moins élevé ; mais le fond, l'impulsion primitive, reste le même. Ainsi, tant qu'on ne saura faire à la phrénologie que des objections comme celle-là, nous ne serons pas fort embarrassés ; nous renverrons à l'observation, car cette science ne doit répondre que par l'observation.

On avait dit autrefois que la faculté de bâtir tenait de l'adresse de la main, c'était une erreur ; c'est la tête qui conduit la main chez l'homme, comme elle conduit le bec et l'ongle chez les animaux pour construire leur gîte ; vous voyez des oiseaux avec des becs tout à fait semblables, fabriquer des nids très-différens. Vous voyez aussi des personnes mutilées, qui n'ont pas de main, qui n'ont que des moignons, et qui, avec ces moignons, font de la musique ; touchent des instru-

mens, etc. Ces faits sont si vulgaires, qu'il nous répugne de les invoquer, et cependant il est bon de les reporter à la cause organique dont ils dépendent.

Ainsi cette faculté s'applique à la construction en général et au dessin; ensuite, comme elle est nécessairement aidée par d'autres organes, on conçoit que celui qui aura le goût des armes et de la guerre, éprouvera de la tendance à construire des armes; que celui qui sera dominé par le sentiment religieux, appliquera ses talens mécaniques aux ornemens d'un culte quelconque, et ainsi de suite. Avec une éducation frivole, comme avec une éducation distinguée, l'organe s'appliquera toujours à ce qui a rapport à sa destination primitive. Mais il faudra toujours qu'il ait un certain degré de développement pour que l'artiste s'élève au-dessus de la médiocrité. Ainsi le sculpteur ne peut pas assurément acquérir un talent très-distingué si cet organe n'est pas prononcé chez lui; il en est ainsi de l'architecte, etc.

Si le sculpteur et l'architecte, les principaux modèles que l'on choisit pour désigner l'application de cette faculté, sont doués en même temps de beaucoup d'imagination, de sentimens élevés, leurs travaux porteront l'empreinte de ces facultés, et ils produiront des chefs-d'œuvre. S'il ne règne chez eux que des sentimens d'un ordre inférieur, ces artistes feront de jolies choses, des décorations de théâtre, de salon, de boudoir, mais il y aura toujours le fond qui sera le même, la construction, l'arrangement, la symétrie.

Antagonistes et auxiliaires. — Quant à l'opposition de cet organe, il n'en a pas, à proprement parler; mais il est aidé par beaucoup d'organes. Ces auxiliaires sont, le sentiment de l'ordre, celui de l'harmonie, celui de l'étendue, celui des formes, celui des localités. Il a des rapports très-particuliers avec les facultés intellectuelles; il en a même avec les tons, avec la musique, car on a remarqué que le musicien n'est complet que lorsqu'il touche bien un instrument. Or, le talent de bien toucher les instrumens a été rapporté par Spurzheim, à l'organe dont il s'agit. On lui a aussi rapporté la broderie, enfin tous les ouvrages manuels.

Je ne vous affirme pas que tous ces rapports soient bien exacts, ni que ce soient les seuls, et que la science restera positivement au point où les auteurs que je vous cite l'ont amenée. Mais voilà toujours des données précieuses. Je pense même que des organes se subdiviseront, mais il faudra y mettre beaucoup de temps et d'observation; ce qui me paraît certain, c'est que cet organe a pour impulsion fondamentale, la tendance à construire, à modifier les objets de la nature, qui se présentent en un ordre quelconque, dans l'intérêt de l'homme et dans celui de l'animal, dans un intérêt d'utilité ou dans un intérêt de jouissance. Personne ne peut nier que ce fait existe dans la nature. Eh bien! il n'existe pas tout seul. Il faut qu'il tienne à une portion du système nerveux; et l'observation nous a conduits à nous en prendre à cette portion-ci.

Animaux. — Chez les animaux, vous sentez que cet organe ne peut pas avoir une application aussi étendue que chez l'homme, puisqu'il ne reçoit pas les influences de tous ceux qui existent dans notre espèce. Il y a donc chez les animaux une direction qui est toujours la même dans chaque espèce. Ainsi, chez les uns, il fait construire des nids, et ces nids varient beaucoup dans les espèces différentes; ils sont construits avec plus ou moins d'art, ils sont placés dans des situations différentes, car assurément cet organe s'associe avec celui des localités. Ainsi il y a des oiseaux qui vont construire leurs nids dans les trous des murailles; les hirondelles les font aux angles des fenêtres; les loriots, dans le croisé de deux branches; quelques-uns les placent à terre, d'autres dans le sommet des arbres, etc. La phrénologie ne peut pas avoir la prétention de déterminer les causes particulières de chacune de ces positions et de ces formes diversifiées : mais pourquoi lui disputerait-on les observations qu'elle a faites, savoir que toutes ces constructions sont en rapport avec le développement de cette partie du cerveau qui vous a été signalée, sauf les détails, sauf les applications.

Chez les quadrupèdes, M. Vimont a remarqué qu'il y a une grande différence entre ceux qui construisent et ceux qui ne construisent pas. Chez ces derniers, jamais l'organe ne paraît; chez ceux qui construisent, on le voit former une saillie à l'angle inférieur et antérieur du pariétal, et à la partie correspondante du frontal. Vous voyez que c'est bien la même chose que chez l'homme. Il n'y a pas ici de doute possible. L'organe se trouve dans le même point de contiguité des deux os; cela montre un plan constant dans les œuvres de la nature.

Les animaux qui construisent des terriers sont le renard, le blaireau, le putois, le castor. Rien n'a été si facile que de comparer ces animaux avec ceux qui ne construisent pas, qui se contentent de rassembler un peu de paille ou de feuilles pour se coucher et déposer leurs petits, ou avec les animaux herbivores qui, pour la plupart, ne construisent pas.

Je ne sais pas avec quels argumens on peut attaquer ces faits; il n'y a que des injures à dire ou des démentis à donner. Eh bien! lorsqu'un homme comme M. Vimont a dépensé dix, quinze ans de sa vie, une partie de sa fortune, à comparer les animaux, avant de lui donner un démenti, on devrait consacrer autant de temps à la même étude, produire des ouvrages comme le sien, appuyés sur autant de faits; alors on aurait le droit de trancher la question par des faits, et de réjouir l'auditoire en lançant des sarcasmes du haut d'une chaire, avec une robe ou sans robe. Je ne suis pas si hardi, moi; je me soumets provisoirement, ensuite j'observe autant que je le puis, je cherche la vérité, et je voudrais en inspirer le goût et la même passion aux autres.

On trouve cet organe chez les oiseaux, chez le loriot, chez l'hirondelle des fenêtres, chez le chardonneret, chez les mésanges, toujours dans cette région ou à peu près; c'est à dessein que je dis à peu près, parce que les directions variées des os de la tête ou de la face en produisent d'autres dans la distribution des circonvolu-

tions du cerveau. Il manque chez les oiseaux de basse-cour qui ne construisent pas, tels que le dinde, le coq, etc., et chez le coucou surtout, qui ne construit jamais.

On le trouve, chez ces animaux, derrière l'angle orbitaire, sur les parties latérales.

Exemple. — Voilà ce que je puis vous dire sur cet organe; il ne me reste plus qu'à vous fournir des exemples chez l'homme seulement, parce que malheureusement je n'ai pas pu me procurer des collections d'animaux.

Voici le masque de M. Brunel, ingénieur du *tunnel*, ou pont sous la Tamise; nous n'avons malheureusement que son masque, parce que beaucoup de personnes ne sentent pas la nécessité de prendre l'empreinte entière des têtes; mais vous voyez, dans ce qui paraît, que la saillie de la crête frontale manque, et que les parties latérales du front forment un plan arrondi et saillant en dehors des yeux et un peu au-dessus du niveau de ces organes; ce qui prouve que cet espace est rempli par l'organe de la construction.

Voici un individu nommé Carner qui, quoique enfant, était extrêmement habile dans les silhouettes. Il n'y a pas non plus de dépression dans la région susindiquée.

Cette tête est celle d'une modiste de Vienne, citée par Gall; l'organe y paraît de la manière la plus saillante : vous voyez pourquoi, chez les autres, il n'y a pas de dépression. Voici l'angle de l'os frontal; supposez un muscle là, vous ne verrez pas de dépression.

Voici la tête de Carême. Carême était un cuisinier plein de génie; il ne se bornait pas à savoir bien préparer les mets, il avait aussi une espèce de génie pour le dessin et la disposition d'un service, pour la symétrie; il était un des hommes les plus propres à réussir dans les grandis services : cette partie est également très-saillante.

Cette autre tête, qui a été donnée comme celle de Raphaël, présente aussi la constructivité; elle n'est pas assez authentique pour que nous puissions en tirer des conclusions historiques.

Un talent autre que ceux déjà énumérés a été rattaché à cette faculté. Gall l'avait indiqué le premier, c'est la mécanique. Or, la mécanique trouve parfaitement son application à la serrurerie; aussi rencontre-t-on parmi les voleurs beaucoup de personnages très-habiles à fabriquer de fausses clefs, à inventer des machines pour forcer les portes, les coffres-forts, etc. Cette partie est donc très-développée chez certains voleurs. En voici un exemple chez ce faussaire. Ainsi, quand un observateur verra, chez un homme qui l'approche, la propriété, la mécanique, la sécrétivité et la destruction former de chaque côté deux masses considérables, on aura beau dire et rire même si l'on veut, je conseille à l'observateur de se tenir sur ses gardes.

Il y a des peuples chez lesquels l'organe de la construction n'est pas prononcé; on a cité les nègres. On a remarqué chez les peuples nouvellement découverts dans la cinquième partie du monde, la Nouvelle-Zélande et la Nouvelle-Hollande, que les habitans de la Nouvelle-Zélande, qui sont très-enclins à l'architecture, qui se construisent avec beaucoup d'art des habitations, ont cette partie très-prononcée; tandis que ceux de la Nouvelle-Hollande, qui n'ont pas même l'esprit de s'abriter, ont cette partie extrêmement déprimée. Ces observations ont été faites dans le dernier voyage exécuté par le capitaine Durville, auprès duquel se trouvaient MM. Quoy et Gaymard, en qualité de chirurgiens et de naturalistes. Comme ils avaient des idées de phrénologie, ils ont fait cette intéressante observation.

CONCLUSIONS SUR LES INSTINCTS ET PENCHANS.

Telles sont, messieurs, les facultés que les phrénologistes ont rangées parmi les penchants ou instincts, parce qu'ils les ont crues destinées plutôt à la conservation des individus qu'au maintien de l'ordre social. Vous avez vu que ces penchants sont puissamment influencés par d'autres facultés, et toutes par les facultés intellectuelles. Je vous ai dit aussi que ce dernier organe, celui de la constructivité, me paraissait tenir un peu des facultés intellectuelles, c'est une assertion que je pose maintenant pour y revenir plus tard.

SECONDE SECTION.

SENTIMENS.

Généralités. — Nous allons maintenant passer à la seconde section, c'est-à-dire aux sentimens, qu'il faut considérer comme des instincts plus élevés que les précédens. Cette distinction, je le sais, peut être contestée; car le mécanisme ou plutôt le mode physiologique est le même dans les deux sections. Les sentimens sont, comme les instincts, des impulsions qui naissent en nous à l'occasion des impressions extérieures, et qui nous déterminent à réagir d'une manière particulière sur les corps que les sens nous ont fait connaître. Voilà le fond de cette philosophie qui, comme vous le voyez, est fort simple.

On nomme sentimens les impulsions qui vont nous occuper, parce que l'application en est plus large que celle des précédens; ils sont le fondement de l'état social, du rapprochement des hommes. Vous avez vu d'abord un instinct qui semble en poser la première base, c'est celui de l'association ainsi que de l'amitié, qui n'en est qu'une application; mais cet instinct, qui existe chez les animaux aussi bien que chez nous, ne suffirait pas pour produire l'état social, il faut quelque chose de plus élevé et de moins égoïste : on le trouve dans les sentimens. Ces sentimens sont donc des espèces de penchans avec émotion, comme les précédens; car remarquez bien que tout instinct, tout sentiment est accompagné d'une émotion, et qu'il y a toujours du plaisir à le satisfaire. Et voilà pourquoi on cherche cette satisfaction. Les phrénologistes considèrent ces sentimens comme étant de deux espèces, les uns qui nous sont communs avec les animaux, et qui semblent être la

transition des instincts aux sentimens ; les autres qui sont propres à l'homme. Je ne partage pas complétement cette manière de voir ; je trouve chez les animaux plusieurs sentimens que l'on dit être le privilége exclusif de l'homme ; mais je pense qu'ils n'y sont, en quelque sorte, qu'esquissés ; ainsi la chaîne ne me semble pas complétement interrompue ; je trouve une transition qui me paraît, à moi, fort sensible, incontestable.

Nous commençons par la partie postérieure et supérieure, pour prendre un second plan. Le premier plan, ou plan inférieur, a commencé aussi par la partie postérieure, et s'est étendu, en suivant les parties latérales et inférieures, jusqu'aux facultés intellectuelles qui sont placées dans le bas de la région frontale ; il a formé une zone. Les sentimens formeront une autre zone, placée au-dessus de celle-là, et qui arrivera également jusqu'aux facultés intellectuelles.

10. ESTIME DE SOI.

Le premier qui s'offre à nous, en suivant l'ordre admis par les phrénologistes, est l'organe dit de l'*estime de soi*, n° 10.

Situation. — Il paraît, dans ce plâtre de cerveau-modèle, plus élevé que dans la tête entière, parce que le cerveau est un peu affaissé par le poids du plâtre qui l'a comprimé ; mais, sur la tête entière, il est précisément dans la position que vous observez ici, à la partie postérieure et qui commence à être un peu déclive de la tête. Il correspond à l'angle postérieur et supérieur des pariétaux, un pouce un peu au-dessus de la suture sagittale. M. Vimont croit que Gall l'avait placé un peu trop bas, un peu trop en arrière ; l'observation doit rectifier : cependant il est bon de vous faire part de cette remarque. Du reste, à cette différence près, tous les phrénologistes lui accordent cette place, qui est celle que vous voyez dans ces têtes. L'organe est marqué par deux circonvolutions, une de chaque côté, qui sont ordinairement assez distinctes, et couchées horizontalement. Elles ne sont pas toujours aussi courtes et aussi droites que vous les voyez, quelquefois aussi elles font quelques zigzags ; mais on peut toujours les distinguer sur le cerveau.

Impulsion primitive. — L'impulsion primitive de cet organe est l'estime de soi, l'amour de soi. Cela correspond à l'amour-propre des anciens philosophes ; sentiment qui a toujours été admis, quel que fût le système philosophique que l'on eût embrassé ; sentiment qui a joué un grand rôle, comme vous le savez tous, dans le XVIIIe siècle, où la majeure partie des philosophes s'était accordée à la considérer comme le principal mobile, quoique souvent secret et inaperçu, des actions des hommes. Nous avons déjà dit que cette opinion n'était pas fondée ; nous aurons occasion d'y revenir. Du reste, cet organe existe toujours plus ou moins développé. Nous allons chercher à vous faire sentir les applications du sentiment qu'il inspire.

Applications. — Il produit le sentiment de supériorité qui nous porte à nous préférer aux autres, et la tendance à l'indépendance, à la liberté. Aussi, est-ce un des organes qui agissent le plus constamment, le plus énergiquement dans l'histoire. On peut y rapporter presque toutes les révoltes, tous les efforts que font les peuples pour s'affranchir de l'esclavage que d'autres organes tendent toujours à faire peser sur eux.

C'est un des organes qui manquent le moins. Je témoignais un jour à Spurzheim ma surprise de ce que tant de personnes s'estimaient beaucoup trop. Il me répondit : Examinez seulement la distance qui sépare le trou auditif de la partie supérieure et postérieure de la tête ; vous ne trouverez presque dans aucun organe un rayon aussi étendu que celui-là, ou très-rarement. Cela est vrai ; c'est un organe très-commun et très-puissant. Les effets qui en résultent ou les influences qu'il produit varient beaucoup, et les applications de cet organe sont très-différentes, suivant les combinaisons. Ainsi, avec des sentimens élevés, une intelligence convenable, il produit la dignité ; l'homme se respecte, et sa conduite est d'accord avec ce sentiment. Combiné avec des sentimens d'égoïsme et peu d'intelligence, il engendre l'orgueil et contribue à la vanité. L'orgueil se prend en bonne et en mauvaise part ; en bonne part, quand il est associé à des actes qui annoncent une vaste intelligence et des sentimens élevés ; en mauvaise part, lorsqu'il se trouve réuni à des actes qui ont quelque chose de vil, de bas, qui donnent l'idée de peu de dignité : c'est dans ce cas qu'il reçoit aussi le nom de vanité, quoique ce ne soit pas lui qui produise le plus souvent ce sentiment. L'application de l'organe se retrouve dans l'envie et dans l'émulation, mais non pas seule. Quand on s'estime beaucoup, on éprouve du chagrin de voir les succès des autres, et ce chagrin varie également, suivant les facultés qui sont associées avec celle-ci. Ainsi, chez un homme qui a des sentimens élevés, les succès d'un autre exciteront le désir d'égaler, de surpasser son rival par de grandes, par de belles actions, par des œuvres plus dignes de l'estime des hommes. Chez celui, au contraire, dont les facultés sont faibles, et qui n'a que de la ruse, cela produit le sentiment de l'envie, du chagrin, le désir de nuire.

Voyez comme cet amour-propre peut produire des effets extrêmement variés. Quelquefois il porte à la médisance, à la calomnie, à la dépréciation des personnes qui l'emportent sur nous. Mais réuni avec un sentiment de justice très-prononcé, avec de la bonté, il ne donne jamais pour résultat ni la médisance, ni la calomnie : il pousse plutôt à faire quelque chose qui nous élève au-dessus de nos rivaux. Si la destruction se trouve prédominante avec la ruse, l'amour-propre inspirera des actes très-condamnables.

Combe a fait la remarque, et je dois vous la communiquer, que lorsque les enfans poursuivent de leurs cris, de leurs injures, de leurs railleries, un idiot, un vieillard, un estropié, un malheureux, ils obéissent à l'impulsion de ce sentiment : c'est pourtant quelque chose de bien déplorable. Ils aiment à se mettre au-dessus de l'objet de leurs insultes ; ils jouissent de l'idée qu'ils lui sont supérieurs.

Ce sentiment, messieurs, se réveille à chaque instant; il est excessveiment prédominant dans l'adolescence, lorsque les jeunes gens s'aperçoivent qu'ils raisonnent aussi bien et quelquefois mieux que ces adultes qui autrefois leur inspiraient tant de respect : de là l'impulsion vers l'attaque, vers l'insulte; ce sentiment est toujours là, dans l'espèce humaine. Ainsi, lorsqu'un homme qui était l'idole d'un pays, un prince, un ministre, sont tombés, vous voyez ce sentiment pousser les hommes à se venger du respect qu'ils ont eu pour le personnage disgracié, en l'humiliant, en disant de lui tout le mal qu'ils en savent, en l'insultant de diverses manières. Mais cette conduite suppose le concours des sentimens inférieurs et des instincts d'égoïsme et de destruction. Ce qui retient cet élan-là, c'est toujours l'intelligence et d'autres sentimens que nous avons à examiner, et qui donnent une bonne direction à l'estime de soi; car celui qui s'estime ne s'abaisse pas jusqu'à des actes qui pourraient le dégrader.

On lui attribue aussi le désir du pouvoir, ou l'ambition, l'égoïsme, lorsqu'il se trouve réuni à l'acquisivité et à la jalousie, mais toujours dans une sorte de combinaison. On croit remarquer qu'un des élémens de la jalousie est le mépris que l'on paraît faire de nous, associé avec l'estime que nous nous portons. Sur ce point je conserve beaucoup de doute.

Mais il y a d'autres passions, d'autres sentimens qui peuvent être considérés comme l'élément de la jalousie; nous en parlerons peut-être plus tard.

Quant à l'ambition, je crois que cette interprétation est bonne; car les hommes qui tendent à dominer les autres, qui ont le penchant de la domination, les faiseurs, les hommes qui se mettent en avant, qui y sont poussés par un sentiment continuel de leur supériorité, qui croient être faits pour guider les autres, ont tous cet organe très-développé; beaucoup d'entre eux ne réussissent pas, car l'organe ne produit pas seul les grandes actions, il faut qu'il soit aidé par d'autres; mais on le trouve toujours chez ceux qui ont réussi dans ce genre, comme nous allons le voir par les exemples qui vous seront présentés.

Ces questions, vous le voyez, sont très-délicates, je ne les expose qu'avec circonspection; je vous rends compte des opinions dominantes parmi les phrénologistes, et j'en appelle à l'observation, qui doit toujours décider ces sortes de questions. Le genre humain est encore jeune, puisqu'on ne lui donne que 4 ou 5 mille ans; il est probable qu'il lui en est réservé bien davantage, et l'on a tout le temps d'observer.

On lui attribue encore une certaine attitude; c'est Gall qui, le premier, a fait cette observation. En effet, les hommes qui sont fiers, qui cherchent à dominer, qui s'estiment plus que les autres, ont toujours une attitude qui les distingue. D'abord, ils dressent la tête, ils regardent d'une manière ferme, fixe, promènent avec dignité et hauteur leurs regards sur tous ceux qui les abordent. Ensuite, lorsqu'ils s'abaissent à la familiarité, vous voyez dans leur figure qu'ils vous font une grâce. Pour peu de chose, ils reprennent leur air grave, et sont toujours disposés à vous rappeler leur supériorité, et à vous diriger vers l'abaissement par leurs regards, leurs paroles, leurs gestes, etc. C'est un fait très remarquable, surtout lorsqu'ils ont acquis l'habitude du commandement.

Gall avait même pensé que l'organe inspirait aux animaux le goût des hauteurs. On a beaucoup plaisanté là-dessus : il ne faut pas plaisanter légèrement sur les observations faites par un homme qui sait observer. Les localités semblent rendre mieux compte, chez les animaux, du goût pour les lieux élevés, pour les pics, pour les rochers qui se perdent dans les nues, pour le haut des arbres, que la faculté dont il s'agit; il faut tenir compte de tout.

Défaut. — Le défaut de cet organe produit l'humilité, la tendance à l'abaissement. Il est à remarquer que tous les hommes qui ont voulu dominer, ont prêché aux autres l'humiliation, et c'est précisément dans les religions que cela s'est vu : celui qui vient parler au nom de Dieu, exalte nécessairement son organe de l'estime de soi au plus haut degré; il se donne pour être en rapport avec la divinité, et il déprécie les autres autant que possible. De plus, il ordonne les jeûnes, les privations, l'abaissement, les dépressions de toute espèce. Jamais il ne voit les autres assez bas. (Applaudissemens).

Avec le prestige de l'autorité royale, du trône, avec *decorum*, avec tout cet appareil formidable qui entoure les princes, les souverains, on produit le même effet. C'est toujours le même sentiment qui agit, un sentiment qui porte certains hommes à se placer au-dessus des autres, et à mettre les autres au-dessous d'eux, car en même temps qu'ils tendent à s'élever le plus qu'ils peuvent imaginer, ils manifestent aussi le désir de voir les autres abaissés autant qu'il est possible qu'ils le soient. Mais comme l'organe existe aussi chez les hommes dépréciés, le ressort se détend dans un certain temps; de là les réactions, de là les mouvemens politiques, etc. Comme je ne suis pas dans la politique, je m'arrête.

Il faut pourtant remarquer que l'organe de la ruse, qui est un véritable Protée, prend le rôle de l'humilité comme tous les autres rôles. Un homme orgueilleux, s'il sent le besoin de s'abaisser pour s'élever, ne manquera pas de le faire, si l'organe de la ruse est chez lui très-développé. J'en donnerai pour preuve bien authentique les manœuvres de Sixte-Quint pour parvenir au trône pontifical. Mais le courtisan se venge de l'abaissement où il se pose vis à vis de son souverain, par l'orgueil qu'il témoigne à ses inférieurs.

Auxiliaires. — Les auxiliaires de cet organe ne sont pas faciles à déterminer. C'est un organe unique pour l'impulsion première; du moins, je n'en connais pas qui lui soient congénère. Mais il est très-certain que l'amour-propre est exalté, soutenu par le courage, qui ne va pas précisément dans la même direction que lui, mais qui le seconde bien, ainsi que la destruction. Lorsque la force est considérable dans la jeunesse, l'organe trouve encore là un appui. Lorsque les sentimens d'égoïsme ont obtenu leurs fins, sont arrivés à leur but,

l'orgueil s'élève, on se dit : J'ai réussi : je suis parvenu à satisfaire tel projet, etc. L'homme alors s'estime davantage.

Mais voici une remarque très-importante, c'est que, de tous les sentimens, l'estime de soi est celui qui s'exalte le plus par la réunion des hommes. Il se développe même alors chez ceux qui n'en ont que fort peu. Quand les hommes sont associés, quand ils forment des masses, le sentiment de leur force s'agrandit d'une manière prodigieuse, et l'orgueil devient vraiment le sentiment prédominant. Rien n'est chatouilleux, n'est orgueilleux comme les réunions d'hommes, depuis les plus petites jusqu'aux plus grandes ; depuis les sociétés particulières, jusqu'aux royaumes, aux empires, aux États les plus étendus. Vous voyez cela partout dans les sociétés, même dans les campagnes : un village est opposé à un autre, et cela par orgueil, parce qu'il s'estime plus que le village voisin. Dans les professions qui semblent au même niveau, comme les maçons, les couvreurs, les tailleurs de pierres, lorsqu'ils sont très-nombreux, comme dans notre capitale, vous retrouvez encore les effets de l'orgueil ; certains ouvriers sont d'une coterie qui porte un nom, d'autres sont d'une coterie différente ; les passions de ces diverses coteries sont mises en jeu par l'orgueil, et la rixe et la destruction s'y associent. Ces passions amènent des querelles, des rixes, et voilà des hommes qui s'égorgent par l'impulsion primitive de l'estime de soi. Dans les régimens, c'est l'amour-propre du titre, c'est l'armement, c'est l'équipement, c'est le drapeau, c'est le département où les soldats ont été levés, qui fournissent les motifs de cet orgueil ; d'autres fois, c'est un succès obtenu dans telle bataille. Voilà ce qu'on a bien voulu nommer le *point d'honneur*. En un mot, partout l'homme, quand il est réuni en masse, trouve des motifs d'orgueil et d'opposition, et alors la susceptibilité s'accroît, la colère se développe, se met à l'unisson avec l'amour-propre pour produire des scènes violentes et trop souvent souillées de sang.

Antagonistes. — Les oppositions que peut rencontrer cet organe sont d'abord dans la circonspection, dans la ruse ou la sécrétivité, qui le retiennent comme elles retiennent toutes les autres manifestations, car c'est le rôle de cette faculté.

Cet organe ou cette impulsion trouve aussi un correctif dans l'intelligence : plus les hommes sont cultivés, plus l'intelligence a été exercée, plus les facultés de la réflexion et de l'observation se sont développées, moins l'homme est orgueilleux. Il peut alors se comparer avec justesse à ses semblables ; il se met à sa place, il reconnaît sa faiblesse, ce qui le fait au moins renoncer à la violence. Ordinairement, dans l'état normal, l'orgueil tombe avec la force. Lorsque la vieillesse arrive, c'est une autre espèce d'orgueil qui s'est substitué au premier ; cet autre orgueil est plus rusé et beaucoup moins actif. L'homme paraît bon, alors même qu'il ne l'est pas : ainsi le vieillard est-il communément désigné par le titre de *bonhomme*. En effet, les hommes âgés sont moins empressés à faire le mal, à attaquer ; ils sont vraiment devenus meilleurs, ayant découvert peu à peu, et souvent sans en avoir eu l'intention, la vanité des choses de ce monde. S'ils sont bien organisés, ils deviennent indulgens et tolérans, ce qui n'est pas commun dans la jeunesse. Vous en observez maintenant un exemple bien remarquable dans le culte catholique que le refroidissement général de la foi rend si ombrageux ; si vous voulez trouver un curé tolérant, n'allez pas le chercher parmi les jeunes prêtres.

Eh bien ! la culture de l'intelligence ou l'éducation a cet avantage, que l'on apprend plutôt à se comparer avec les autres, à sentir sa faiblesse, à reconnaître qu'on n'est pas le coryphée de ses pareils, qu'on n'est qu'un point très-circonscrit dans la masse ; tandis que si l'on a le malheur de n'être pas éclairé, on est rempli d'orgueil, et pour fort peu de chose, ce sentiment s'exalte et nous conduit à des actes que doit un jour suivre le repentir. Ce sont des faits.

Animaux. — Chez les animaux cet organe existe. Gall, ainsi que je vous l'ai dit, avait considéré le penchant qui les porte à rechercher les lieux élevés comme un signe d'orgueil, et il l'attribuait à l'organe que nous vous avons signalé. On a beaucoup critiqué cette assertion. Quant à moi, quoique mon opinion ne soit pas la sienne, puisque je m'en prends plutôt à l'instinct des lieux, je n'ai pas de plaisir à critiquer un homme de la force, de la puissance de Gall ; il faut en appeler à l'observation. Parmi les quadrupèdes, on cite le mulet, qui est vraiment orgueilleux, et même le cheval ; on peut y ajouter le chien. Un cheval qui est fort et vigoureux prend en effet une attitude superbe lorsqu'il se sent tout à coup en liberté ; il semble être plus fier s'il est bien paré que s'il est couvert d'un harnais grossier. Lorsqu'il est monté par un personnage important et de distinction, il en témoigne un certain orgueil. Il est très-certain que les muletiers du midi de la France, du Languedoc, menacent de leur ôter leur panache pour les humilier, lorsqu'ils refusent de travailler ou qu'ils sont indociles, et l'on assure que cela produit quelque effet. L'éléphant est orgueilleux ; si on le blesse dans sa vanité, il se venge tôt ou tard ; le chien n'est pas du tout étranger à l'orgueil. Le chien fort dédaigne un faible ennemi ; le mâtin, le chien de combat, qui est le plus exercé à se déchirer avec ses pareils, épargne un faible chien qui l'attaque, qui le mord. J'avais dit à l'Académie de médecine : « Les chiens ont de l'orgueil ; » un de mes collègues de la faculté, en sortant, me dit : Vous avez raison ; j'ai vu un chien énorme qui était attaqué par un petit roquet ; il a levé la cuisse et lui a lancé de l'urine sur la figure.

On dit aussi que le lion méprise un faible ennemi. Cela peut être : je n'ai pas d'observations à cet égard ; mais il est bien certain que le chien de chasse, habitué à suivre un homme adroit, méprise un chasseur maladroit auquel son maître le confie. Et s'il voit que le chasseur a tiré deux ou trois coups sans abattre le gibier, il se moque de lui et cesse de lui obéir. J'ai connu un habile chasseur qui possédait un chien de ce genre ; lorsqu'il lui arrivait de le prêter à un mauvais tireur, le chien, après s'être bien assuré de sa mala-

ANNALES

D'HYGIÈNE PUBLIQUE

ET

DE MÉDECINE LÉGALE.

JUILLET 1836. (3e TRIMESTRE.)

PSYCHOLOGIE.

—

Réflexions d'une personne qui avait été atteinte d'aliénation mentale, sur sa propre maladie; communiquées par le docteur G.-H. Bergmann, à Hildesheim (Saxe).

(Traduit par le docteur F.-A. Heisch).

Les personnes qui ont été attaquées de maladies mentales se souviennent rarement, après leur guérison, des circonstances qui ont accompagné leur maladie ; elles ignorent comment elles ont été traitées, et ce qu'elles ont éprouvé pendant ce temps ; la succession chronologique des faits leur échappe surtout (1). La plupart n'aiment pas à se rappeler qu'elles ont été malades, et veulent encore moins que d'autres le leur rappellent. Le mal disparaît souvent comme un songe étrange et pénible, dont au réveil on ne peut plus se rendre compte. Il y a cependant des cas, où des personnes, après leur guérison se ressouviennent de ce long rêve. Ces cas offrent toujours quelques enseignemens pour la théorie et le traitement des maladies mentales. Le récit que nous allons mettre sous les yeux du lecteur, récit fait par la personne même qui avait été malade, nous semble présenter d'autant plus d'intérêt, que de pareilles révélations (si je puis dire ainsi) n'ont été faites que bien rarement.

La personne dont il s'agit est une dame qui a reçu une éducation distinguée. Elle a l'imagination vive, le caractère tant soit peu remuant, et une tendance des plus prononcées à faire des projets et à les abandonner aussi promptement qu'ils avaient été formés. Cette dame est parfaitement rétablie depuis plusieurs années. Je lui demandai un jour, si elle conservait des souvenirs de sa maladie; si elle savait comment elle avait été impressionnée par les objets extérieurs, et comment elle avait jugé de ce qui se passait autour d'elle. Elle m'assura, en s'appuyant de sa propre expérience, que, malgré leur aberration mentale, les malades qui nous occupent, se rappellent quels objets et quelles personnes les entouraient, pendant leurs plus violens accès de démence, alors qu'ils sont incapables de distinguer des rêves, d'objets et d'événemens réels, et que ces souvenirs ne s'effacent point après leur guérison. Cette circonstance lui faisait penser qu'il existe dans le cerveau des réservoirs inconnus, où les impressions reçues arrivent par l'intermédiaire des nerfs optiques et acoustiques, et où ces impressions se conservent. Elle avait la conviction, ajouta-t-elle, que, retournant dans le pays où sa tête s'était d'abord égarée, non-seulement elle reconnaîtrait toutes les personnes, qui ont été en contact avec elle à cette époque, mais même qu'elle pourrait répéter les conversations tenues alors avec ces personnes. Qu'ainsi, par exemple, elle avait le souvenir le plus exact de la disposition de l'appartement où elle fut d'abord gardée, des meubles qui s'y trouvaient, ainsi que des tableaux et des gravures qui en ornaient les murs. Elle me fit observer à ce sujet que, dans le traitement des aliénés, on ne saurait donner assez d'attention à tous ces objets, parce que souvent ils portent des malades à se figurer les choses les plus inquiétantes et les plus pénibles.

D'un tempérament très-irritable, d'une imagination exaltée, cette dame prit un refroidissement dans un temps où elle était déjà tourmentée de voir ses espérances déçues, ces circonstances réunies firent éclater sa maladie mentale. Elle avait, en Hollande, des prétentions à une forte somme d'argent ; mais ses droits remontaient à une époque assez éloignée; et une autre famille faisait valoir de son côté et avec assez d'apparence de justice, des droits à la même possession ; des offres avantageuses et l'espérance de réussir lorsqu'elle se trouverait sur place, engagèrent notre dame à se rendre en Hollande. Après bien des courses inutiles et après avoir vu échouer toutes ses tentatives, elle rentra un jour chez elle, ayant les pieds très-mouillés. Le lendemain elle se sentit indisposée, et fut assez fortement tourmentée par du froid aux pieds, par des maux de tête et de gorge. Au lieu de se mettre au lit, pour transpirer et se rétablir ainsi, elle s'assit à son secrétaire, pour y rédiger un mémoire fort étendu sur son procès, et elle appliqua tout son esprit et tous ses moyens, à y prouver la justesse de ses prétentions. Mais, malgré que le mémoire fût, selon elle, écrit avec le plus grand talent, malgré

(1) Le docteur B.... s'exprime ici d'une manière trop absolue ; il n'est pas aussi rare que le dit notre confrère, de voir les aliénés convalescens se souvenir de tout ce qui s'est passé pendant leur maladie. M. Esquirol avait déjà observé ce fait et j'en ai rapporté des exemples dans mes *Fragmens psychologiques*, au chapitre des *Inspirations passives*.

qu'elle eut envisagé la question sous toutes ses faces, cette démarche eut aussi peu de succès que les précédentes; elle n'obtint point de réponse. et quand elle se rendit chez les personnes auxquelles son mémoire était adressé, elles surent toujours éluder ses visites. Impatientée, aigrie, irritée de cette injustice, elle résolut de retourner dans sa patrie, et se proposait de quitter son logement, lorsqu'elle reçut une lettre de sa famille, dans laquelle celle-ci l'engageait à rester encore quelque temps en Hollande. Le mémoire, dont nous avons parlé, fut le principal objet dont s'occupa l'imagination déréglée de cette dame, dans la maladie qu'elle fit à cette époque. Voici le récit qu'elle m'a communiqué par écrit; je n'ai supprimé que quelques détails qui eussent été déplacés ici.

« Sur ces entrefaites, je louai un appartement plus isolé, mais moins cher. Mon hôte, cordonnier de son état, et toute sa famille étaient des gens bons et serviables. Je les croyais chrétiens, quoiqu'ils fussent juifs portugais. Quand j'appris cette circonstance, j'en fus péniblement affectée; je commençai à éprouver des craintes continuelles, qu'on ne m'enlevât l'argent que j'avais avec moi; cette crainte augmenta au point de me priver de tout sommeil. A la fin, j'imaginai que mes hôtes pourraient bien un jour me faire prendre une potion soporifique et m'assassiner pendant la nuit, ainsi que ma fille, pour s'emparer de ma fortune. Je crus mes soupçons, d'autant plus fondés, que ces gens m'avaient fait inscrire au bureau de police, sous le nom de madame H. A. et non sous celui de madame de H. B. Tourmentée par la peur, je dormis à peine pendant quelques instans, dans l'espace de huit jours; je me nourris d'abord d'œufs, de fruits et de thé; mais un jour qu'après avoir mangé d'un pain, apporté par mon hôtesse, j'eus presque instantanément une forte diarrhée je n'eus plus de repos.

» Mon hôtesse expliqua cet accident, par la circonstance, que la police, afin de prévenir une épidémie dont le pays était menacé, avait ordonné aux boulangers de mettre dans le pain destiné aux classes inférieures des drogues qui opérassent une purgation générale.

» Mon corps et ma tête succombèrent, affaiblis qu'ils étaient par le jeûne et par les veilles. La peur l'emporta; je perdis de plus en plus le jugement, la réflexion; enfin il me fut impossible de tirer d'un fait donné des conclusions en harmonie avec ce fait. Les personnes qui m'entouraient me devinrent de plus en plus suspectes, et je finis par perdre entièrement la raison.

» Deux rêves, l'un de ma fille, l'autre de moi, faits dans la même nuit, firent éclater le mal. Ma fille me raconta, qu'elle m'avait vu jeter dans la rue, du troisième étage, d'une maison de la ville, et que j'étais restée étendue sur le carreau, toute fracassée et morte. Nous allâmes reconnaître la maison qu'elle avait vue en songe, c'était le palais de justice. Moi-même j'avais rêvé, qu'un homme, porteur d'une bourse, était venu dans la maison du juif portugais et m'avait coupé la gorge. Le lendemain de ce jour, j'étais occupée à blanchir quelques hardes, lorsqu'en levant les yeux, j'aperçus (et j'étais bien éveillée) un long couteau, qui passait par le plafond de ma chambre; frappée de terreur, j'imposai silence à ma fille, je mis en toute hâte mon argent dans mon sac à ouvrage, je fermai ma malle et j'entraînai ma fille dans la rue, en emportant mes papiers les plus importans. Je ne saurais dire si quelqu'un passa ce couteau à travers les fentes du plancher, par pure plaisanterie, ou si tout cela n'était qu'une vision, créée par mon imagination exaltée; mais il est certain que j'étais bien éveillée et en pleine connaissance, lorsque j'aperçus l'instrument meurtrier. J'avais aussi rencontré, un peu auparavant, en descendant l'escalier, un homme, qui portait une grande bourse sous le bras; c'était probablement un barbier. L'aspect de cet homme me fit perdre toute contenance. Une fois sortie de la maison du juif, la raison m'abandonna tout à fait. J'allai d'abord à un corps de garde, j'appelai un jeune officier et le priai instamment de porter aussitôt au roi, le paquet de papiers que j'avais sur moi; comme il montra de l'hésitation et qu'il me quitta, sous prétexte d'appeler un officier supérieur, je m'éloignai rapidement et j'allai à la chancellerie allemande, où j'obligeai le digne archiviste M. Z., à se charger du paquet et à me le conserver; je lui fis également part de mes craintes et du danger que je redoutais. On me congédia, après m'avoir adressé quelques consolations banales, et je retournai dans la rue. Mais ici tout était changé pour moi; la ville, si tranquille, il n'y a qu'un instant, était en pleine insurrection. Le régiment en garnison dans la ville était juif; le prince royal et le roi avaient été faits prisonniers et condamnés à mort. L'ennemi avait pris terre à Schevelingen; c'étaient des hordes asiatiques, commandées par des juifs. A quoi sert maintenant mon or? me dis-je en moi-même; et je retournai jusque devant la porte de mon hôte, j'appelai sa femme, je versai tout mon or dans son tablier, en lui conseillant de commencer un petit commerce avec cet argent, et je finis par la prier humblement de me rendre un louis, pour que je pusse retourner en Allemagne.

» Il faut avoir vu la figure d'une pauvre juive, au moment où on lui fait subitement un si riche cadeau, pour se représenter la mine que fit celle-ci; son visage devint pourpre. Elle ne savait à quoi se resoudre, mais elle finit cependant par me donner une pièce d'or, et elle m'aurait certainement laissée partir ainsi, si son mari n'était survenu. Celui-ci prit une poignée de louis et me les glissa, presqu'à mon insu, dans mon sac. Ces louis se retrouvèrent réellement plus tard, ce qui fait que je me crois obligée de croire cette famille très-honnête. Quand je me fus ainsi, comme je le croyais, débarrassée de mon argent, ma crainte d'être assassinée disparut, et je raisonnai assez logiquement pour une folle. Je me disais: on a voulu te tuer à cause de ton argent; maintenant qu'on le possède, on contremandera l'assassin, et tu peux t'en retourner chez toi sans aucune crainte. Je démontrai tout cela à ma fille, et je me dirigeai vers la route de Delft; je voulais passer la nuit dans cette ville, me faire conduire en bateau à Rotterdam, d'où j'aurais été à Munster, en passant par Aru-

heim et Emerich; à Munster, je voulais me rendre chez madame H. et lui représenter, que c'était un devoir sacré pour elle de rappeler de suite son époux de Hollande, parce qu'il s'exposait à y être puni de la marque, ce qui était déjà arrivé à une personne qui avait réclamé un héritage.

» Je changeai mon louis chez le banquier S., et j'étais déjà arrivé près de la porte de la ville, lorsque j'aperçus une jeune juive, qui me suivait; j'avais beau prendre des détours, elle était toujours à mes talons; j'allai à la fin à sa rencontre, et je lui criai d'une voix menaçante : Maudit peuple de païens, vous avez jadis crucifié le Christ, et aujourd'hui vous voulez assouvir votre rage sur le prince-royal! La juive se sauva à cette apostrophe terrible, et dès ce moment, je fus intimement convaincue que le prince, qui jouissait de l'affection générale, courait un péril imminent. Je rencontrai alors un enclos de planches; je demandai à quelqu'un, à quoi pouvait être destiné cet enclos; comme cette personne me dit qu'il appartenait à un juif, je me persuadai, que c'était la prison de la famille royale. Cette idée absurde me causa tant de douleur et de commisération, que j'abandonnai ma fille, et que je voulus à toute force faire un trou dans cet enclos avec mes ongles, pour sauver le prince, et l'emmener avec moi. Rien ne put me faire renoncer à cette idée fixe, qui me faisait croire à la guerre.

» Deux nouvelles visions, qui n'existèrent que dans mon cerveau malade, me confirmèrent encore dans cette idée. D'abord, je vis sur le canal un petit bâtiment, avec voiles et drapeaux noirs; ma fille aînée, que j'avais laissée à C., s'y était réfugiée, vêtue misérablement; mais le bâtiment ne pouvait pas s'éloigner, parce que le roi des juifs avait défendu, sous peine de mort, à tous les bateliers de lever l'ancre. Pour ne pas la trahir et faire savoir qu'elle était ma fille, je m'en retournai en silence, et bientôt après, j'aperçus le visage d'une jeune dame de H., qui descendait, en pleine parure, d'une belle voiture, et alla dans une maison voisine. Je suivis cette dame, pour lui parler; mais les personnes auxquelles je m'adressai, n'avaient vu personne. Je pris alors en toute hâte la route de Delft, où j'arrivai à huit heures du soir. Je me rendis prudemment dans des maisons honnêtes, mais on ne voulut me recevoir nulle part. Enfin, on m'attira dans la maison du capitaine B., dont la femme était malade et alitée. Toutefois on me témoigna un très-grand intérêt, on me traita avec beaucoup d'égards et d'humanité; mais j'eus un nouvel accès de fièvre, et une foule de visions, plus ou moins absurdes, se rapportant toutes à la captivité du prince-royal, me donnèrent un délire furieux, poussé au plus haut degré, ce qui engagea les personnes, chez qui j'étais, à me transporter de nuit dans une autre maison. On avait écrit le lendemain à M. l'archiviste Z.; celui-ci vint me chercher dans une voiture fermée, et me conduisit dans une maison éloignée de la rue, où je fus placée sous la surveillance d'un vieux domestique de M. H. On m'envoya un médecin, et je fus rétablie au bout de trois semaines, assez bien pour que mes gardiens ne s'aperçussent plus de ce qui se passait en moi, quoique mes idées tournassent toujours encore autour du même sujet.

» Après mon départ de la maison de M. B., à Delft, je tombai dans la plus noire mélancolie. Je me crus dans des situations que peut imaginer la démence la plus complète. Je n'ai aucun souvenir bien distinct de ce qui se passa, pendant que nous nous rendîmes à l'auberge, où il fallut passer trois jours. Cependant je me rappelle vaguement m'être entretenue avec plusieurs personnes, et avoir répondu à différentes questions; je crois aussi que, quand je fus couchée, un grand nombre de personnes vinrent me considérer, et s'entretinrent entre elles de mon état; tout cela au reste n'est peut-être qu'un songe.

» Mais l'état, dans lequel je passai la première nuit, me paraît devoir fixer toute l'attention de l'observateur. Je me crus couchée, en pleine connaissance, mais sans pouvoir faire aucun mouvement, dans un immense abîme, sentant que j'était enterrée vivante, et m'étais réveillée dans la tombe; je devais passer ainsi l'éternité, avec la conscience entière de mon état, à réfléchir sur moi-même. Mon âme, qui, lorsqu'elle était éveillée quelques heures auparavant, s'était abandonnée à la frénésie la plus violente, végétait maintenant avec toute sa raison. J'examinai si j'avais mérité un sort aussi rigoureux, et comme je n'avais la conscience d'aucun crime commis avec intention, je finis par conclure, que j'étais punie si sévèrement, parce que, quoique j'eusse rempli mes devoirs, autant qu'il avait été en moi, j'avais cependant négligé de faire bien au-delà de mon devoir, etc. J'étais du reste dans l'état d'un individu atteint du tétanos.

» Je revins enfin à moi; mais j'étais dans un abattement extrême, et j'avais presque entièrement perdu la force de me soutenir. A peine je fus éveillée, que je retombai dans mes illusions; je commençai par examiner la chambre dans laquelle je me trouvais, pour savoir si je n'étais pas tombée dans la maison d'un marchand d'âmes. Les mouvemens burlesques dont j'accompagnai cette perquisition, auraient, certes, fait rire l'homme le plus sérieux; à la fin je me plaçai dans la cheminée, en faisant ce raisonnement, que puisqu'elle était en pierres, on ne pourrait pas l'abattre, lorsqu'on démolirait la maison. Les tableaux, qui ornaient l'appartement, contribuèrent à entretenir mes craintes. C'est dans cette position que j'attendis, en tremblant les habitans de la maison. Une jeune fille se présenta d'abord, elle m'inspira quelque confiance; mais quand je vis entrer ma vieille hôtesse, mon agitation devint visible, et lorsque ensuite on introduisit deux gardiens, qui ne devaient pas me quitter, ma colère éclata de nouveau, et je brisai une fenêtre, pour m'échapper.

» Plus tard on me permit de descendre au jardin, le grand air me calma; cependant je me faisais illusion sur tout ce qui m'entourait. Les maisons, autour du jardin, me semblaient des prisons remplies de prisonniers. Je pris la cuisine de mon hôtesse, dans laquelle bouillonnait une chaudière, pour l'endroit où l'on appliquait les prisonniers à la question. Je crus que l'eau

de la chaudière était de l'huile bouillante, dans laquelle on allait me plonger. Remplie de cette idée, je déchirai la manche de la robe de ma fille, voulant la retenir, pour la soustraire au danger d'être bouillie vivante.

» Tout cela explique la situation d'un fou frénétique, dont toutes les actions sont déterminées par d'aussi terribles suppositions; aussi est-il constant pour moi, qu'on ne peut adoucir un peu les souffrances de ces malades, qu'en leur accordant une entière liberté. Car, si ce jour-là on m'avait enfermée, ou même enchaînée, ou bien la terreur eût figé le sang dans mes veines, ou bien il eût circulé avec une telle rapidité, qu'infailliblement toutes les artères se seraient rompues dans mon cerveau. Fort heureusement on me laissa dans le jardin, même à l'approche d'un violent orage; je me trouvai très-bien, lorsque la pluie fit rentrer mes gardiens dans l'allée de la maison, et que je pus alors considérer, en toute liberté, l'orage qui s'approchait. Mais quelle différence entre cet orage et tous ceux que j'avais vus avant et ceux que je vis depuis. Les nuages, qui s'élevaient à l'horizon, me parurent être les flots de la mer, qui montaient des rives de Scheveningen, jusqu'aux nues, et se combattaient dans les airs, au-dessus de ma tête, pendant qu'une flotte ennemie soutenait, sur la rive, un combat à outrance contre les habitans. L'heure suprême avait sonné pour la prospérité de la Hollande. Je n'entendis point de coups de tonnerre, je ne vis point d'éclairs, mais j'aperçus l'explosion de cent bouches à feu, la canonnade retentit incessamment à mes oreilles; d'où l'on peut conclure en toute sûreté, que l'oreille et l'œil de l'insensé grandissent tout ce qu'ils entendent et tout ce qu'ils aperçoivent.

» Plus tard, je fis encore la même remarque. Me croyant un peu remise, on me rendit mon linge et mes effets; je les sortis de ma malle et les entassai sur le plancher de ma chambre; j'aperçus alors une énorme quantité d'effets et de linge et même une nappe et des serviettes, que cependant j'avais laissées à C. Mais ma joie ne fut pas de longue durée; et, quand le lendemain je visitai de nouveau mon linge, il me manqua beaucoup d'objets, que je m'imaginais avoir eus entre les mains la veille; ce qui me fit penser que j'avais été volée. Je ne communiquai cependant mon soupçon à personne.

» Ces deux événemens m'autorisent à soutenir, que l'aliéné croit voir et entendre des choses qui n'existent point réellement. Mais ce qui va suivre, fait voir, combien une personne, vue en temps opportun, peut rassurer le malade: car les premiers symptômes de ma guérison datent du jour où je vis, au milieu d'un grand nombre d'autres, une figure qui m'intéressa particulièrement.

» Je ne me rappelle plus bien, si ce fut le deuxième ou le troisième jour; plusieurs personnes vinrent s'entretenir avec moi, dans le jardin; mais, je me conduisis de la manière la plus impertinente envers tout le monde, même envers ce bon capitaine B.. qui m'avait sauvé la vie. A la fin deux hommes ouvrirent la porte et regardèrent de mon côté; l'un était habillé d'une redingote bleu foncée, il se retira presque aussitôt, l'autre portait un habit d'uniforme clair et très-beau; je vis aussi celui-ci se retirer; après cela entra un jeune homme de fort bonne mine, ayant un air de parfaite santé; il m'adressa la parole en français, et je lui répondis dans la même langue. Je pris ce jeune homme pour le prince-royal, et le bandeau me tomba des yeux. Je me sentis tout-à-coup fort confuse de me trouver en présence du prince, dans un costume si peu soigné; je m'étonnai qu'il fût encore en vie, et le voyant en parfaite santé, les inquiétudes que j'avais conçues pour lui, m'imaginant que l'ennemi, qui avait envahi le pays, lui avait fait subir d'affreux tourmens, se dissipèrent tout d'un coup. Je me sentis comme animée d'une nouvelle vie, et de cette heure-là, les visions terribles disparurent.

» On conçoit aisément que ce jeune homme n'était point le prince; mais il lui ressemblait un peu. Que de bien on ferait aux aliénés, si l'on pouvait deviner leurs pensées et amener des scènes qui agissent favorablement sur eux. Si on m'avait laissée partir ce jour-là, je n'aurais bien certainement plus rien fait d'absurde ou de nuisible. Mais, je devais passer par des épreuves plus cruelles encore, et je ne devais pas en être quitte avec la dépense, que m'avaient occasionnée trois jours de maladie.

» On fit venir un carrosse, dans lequel M. l'archiviste Z. me conduisit à La Haye, où il me plaça dans une maison près du château. Je me querellai d'abord avec M. Z., parce que nous ne sortions pas de la ville par la porte par où j'y étais entrée. J'essayai de lui démontrer qu'il se trompait de chemin, et je fut très-offensée de ce que sans m'écouter, il faisait, en souriant, continuer la même route. Je fus encore plus irritée, quand, lorsque nous nous arrêtâmes, un enfant vint nous regarder; je lui dis aussitôt qu'il méritait la verge, ce qui le fit enfuir. En montant l'escalier, j'en comptai les marches, et arrivée dans ma chambre, je me fâchai de nouveau, en voyant qu'on ne pouvait pas en fermer la porte en dedans.

» Mais ma terreur fut à son comble, quand, dans ma garde-malade, je crus fermement reconnaître une personne, que quelque temps auparavant, j'avais vu pendre à La Haye, en compagnie d'un autre malfaiteur, et que, d'après cela, je pris pour un revenant. Je me vois donc seule, la nuit, avec cette personne, et j'éprouve les craintes les plus cruelles. Je ne souffris jamais que le soir on fermât les volets; et comme, quand je crus avoir vu le prince, je ne craignis plus la guerre, et je fus persuadée que nos troupes avaient remporté la victoire, ainsi cette idée me fit de nouveau craindre d'être assassinée. Quand on touchait à la pompe, dans la cour, je croyais qu'on voulait faire monter l'eau dans ma chambre, et je m'attendais à chaque instant à l'y voir pénétrer. Ayant vu trois clous dans ma chambre je craignis que l'on ne nous y pendît, moi, ma fille et ma garde, parce que celle-ci était condamnée à mort.

» Un soir j'étais couchée, mais bien éveillée, et je

suivais des yeux ma garde, que je prenais pour un revenant: la chandelle coula, mais je ne vis pas le suif découler de cette chandelle, mais d'un trou dans le mur, et il s'écoulait en si grande quantité, semblable à un torrent furieux qui a rompu ses digues, que je jetai les hauts cris, et prétendis qu'on voulait m'étouffer. Cette scène me fit croire qu'on tentait d'empoisonner l'air, et de ce moment je sentis constamment une odeur douce mais désagréable. Tous les mets qu'on me présentait avaient ce goût; je m'imaginai que la viande qu'on apportait était de la chair humaine, et persistai dans la croyance qu'on voulait me donner du poison.

» Depuis mon entière guérison, j'ai trouvé, dans une de mes promenades, une herbe vénéneuse qui avait l'odeur désagréable dont je viens de parler.

» Cette circonstance, d'avoir vu le suif couler du mur, me prouve irrésistiblement que les personnes qui ont le malheur d'être atteintes de maladie mentale voient des objets qui n'existent nullement, et que la vue de certains objets crée spontanément des images dans l'œil du malade.

» Plus tard, quand j'allais déjà beaucoup mieux, je vis encore le docteur T., puis mon beau-frère; j'entendis la voix de ma sœur, et une autre voix qui, en m'appelant par mon nom, me disait : remets le placet.

» Je priai souvent mes surveillans de me donner mes habits, mes papiers et mon argent, mais on me dit qu'on les garderait jusqu'à l'arrivée de mon mari, qui devait venir me chercher. Je tentai plusieurs fois de m'opposer à cette disposition, en objectant les frais qu'elle occasionnerait, pour engager les personnes qui me retenaient à me laisser voyager seule; mais elles n'y consentirent point, quoique je fusse devenue beaucoup plus calme. Ce calme ne fut interrompu que par quelques rêves terribles, qui cadraient tout à fait avec les circonstances. C'est ainsi que je me trouvai dans l'empire de Pluton, et que j'examinai son royaume souterrain avec une fermeté remarquable. Je vis encore préparer l'*aqua tofana;* j'avais lu une description de cette horrible torture, dont tous les détails atroces se reproduisirent dans ce songe, et mes enfans étaient les malheureuses victimes de la barbarie italienne. J'aime mieux souffrir en réalité tous les tourmens imaginables, plutôt que de faire encore une fois un aussi épouvantable rêve. Je vis bien à mon réveil que j'avais rêvé; malgré cela, une idée inquiétante succédait à l'autre, et la dernière de ce genre me vint lors de mon retour, de suite après que je fus montée en diligence.

» On est presque tenté de conclure de tous ces faits, qu'il faut soustraire tous les objets à la vue d'un aliéné; mais, si ce que je voyais donna lieu à de fausses interprétations de ma part, ce qui m'était caché me conduisit encore bien davantage à des conjectures extraordinaires.

» Je fis du bureau, qui se trouvait dans l'édifice où j'étais, la chambre dans laquelle on appliquait la question; toutes les fois que j'entendais cacheter un paquet, je me figurais que c'était le coup de grâce d'un malheureux. Une vieille chambre toujours fermée, renfermant de vieux registres et pleine d'armoires, était le charnier; les armoires étaient des cercueils. Je crus fermement que l'étage au-dessus de celui que j'habitais servait à conserver les restes des individus assassinés, jusqu'à ce qu'un jour, trouvant la porte ouverte, et n'entendant point de bruit dans la maison, je montai doucement pour voir par moi-même jusqu'à quel point mes tristes soupçons étaient fondés. Mais quelle fut ma joie, quand au lieu d'ossemens, de squelettes et de cadavres, je ne trouvai que des paperasses déchirées. Ma curiosité était excitée au dernier point, et cependant je n'osai pas toucher une seule de ces feuilles. J'ouvris une fenêtre qui avait vue sur le jardin royal; les croisées de l'appartement du roi donnaient également dans ce jardin. Je remarquai, à l'une de ces croisées, une grande dame vêtue d'une robe blanche; au moment où je l'aperçus, elle se leva de sa chaise avec quelque violence, je me persuadai aussitôt que c'était la princesse de Galles. De ce moment, toutes mes idées absurdes ne se rapportèrent plus qu'à cette princesse, parce que je m'imaginai qu'elle était retenue prisonnière dans cet appartement.

» Je regardai ensuite par les croisées de la façade de la maison que j'habitais, et je vis une suite de bâtimens qui entouraient circulairement le château. Il faudrait savoir si, des fenêtres de cette mansarde, on jouit effectivement de la vue que je décris ici, pour décider si mes sens n'étaient pas sous l'empire d'une illusion, lorsque je voyais une foule d'édifices magnifiques tout à l'entour de cette place. Les bâtimens antérieurs s'apercevaient de ma chambre à coucher; je vis distinctement une petite pipe en terre, qui passait par la cheminée de la maison la plus voisine de la cour du château; il ne m'en fallut pas davantage pour me faire admettre que le tuyau de cette pipe était le seul passage par où l'air pénétrait dans cette maison. Aussi, je me figurai que toutes les personnes qui y entraient y seraient étouffées.

» Le jour de l'arrivée de mon mari, et à son aspect, tout mon être subit une révolution particulière. Au lieu de me sentir soulagée par l'idée de trouver en lui un protecteur, j'étais tourmentée par la crainte d'être regardée comme folle et d'être ainsi placée sous sa direction, dont je me méfiais. Dominée par cette appréhension, je me contraignis, pour ne point faire soupçonner mon aliénation mentale, quoique je fusse encore bien loin d'avoir recouvré toute ma raison. Je priai aussi ma garde de m'acheter en cachette une forte dose de rhubarbe; je la pris en une seule fois, après quoi je me trouvai beaucoup mieux. J'en avais déjà une fois agi ainsi avec succès.

» Quelques jours après l'arrivée de mon mari, nous nous mîmes en route pour retourner dans notre patrie. Nous prîmes la diligence, quoique nous eussions voyagé à beaucoup meilleur compte, avec une voiture de louage, attendu qu'il nous fallait payer trois places. Nous voilà donc en route et les secousses et les cahots des méchantes voitures dans lesquelles nous nous trouvions, ne contribuèrent pas peu à remettre mon cerveau dérangé.

J'eus bientôt occasion de prouver que ma raison m'était revenue.

» Nous nous arrêtames au-delà de A. dans une ville, à l'hôtel de la poste, pour y passer la nuit. On nous donna une chambre dont la porte n'avait point de serrure. Après que mon mari se fut déshabillé et couché, m'apercevant qu'il avait placé son pantalon près de la porte entr'ouverte, je craignis qu'il n'eût laissé de l'argent dans ses poches; je les visitai, et y trouvai, à ma grande joie, trente-deux doubles louis, de ceux que j'avais pris avec moi, et outre cela une somme de deux cents reichsthaler en louis simples. Je cachai aussitôt les trente-deux doubles louis dans mes vêtemens, me proposant, au cas que mon mari ne prendrait pas de meilleurs arrangemens pour continuer la route, de partir toute seule, et à pied, pour ménager mes belles pièces d'or. Cet argent, que j'avais gagné péniblement dans ma jeunesse, et que je me trouvais posséder de nouveau, me rendit une telle force d'esprit, qu'à partir de ce moment je commençai une nouvelle vie. Mes craintes se dissipèrent, tout ce qui m'entourait m'apparut subitement sous un autre jour. Voulant causer quelque inquiétude à mon mari, pour le punir de son imprudence, je plaçai dans son lit l'or qui lui appartenait, en gardant le mien. Le lendemain sa frayeur fut très-grande, quand il trouva ses poches vides, quoique son pantalon fût sur la chaise où il l'avait placé la veille; je le rassurai, en lui rendant son argent, et lui déclarai fort sérieusement que sa manière de voyager, tout en étant très-dispendieuse, n'en était pas plus commode pour cela: que je ne contribuerais plus aux frais, que je ne paierais plus que mes dépenses et celles de ma fille. Comme malgré mes remontrances, nous voyageâmes de nouveau en diligence, je quittai mon mari dans un village, et je marchai toute seule jusqu'à la porte de Westphalie. Je me serais certainement égarée, sans une circonstance qui tient du merveilleux.

» Arrivée à un endroit, où trois routes se croisent, j'allais prendre celle qui m'eut ramenée au point d'où j'étais partie, quand je découvris les traces d'un homme qui avait probablement conduit de l'avoine à la ville de Minden; un sac s'était déchiré et l'avoine s'en était échappée en grande quantité. Ma tête était encore très-faible, et j'avais à tout une explication toute prête; je m'imaginai donc, et cette fois fort heureusement, que cette avoine avait été répandue sur la route pour m'aider à sortir du labyrinthe dans lequel je me croyais engagée. Je suivis cette trace avec pleine confiance, et marchant constamment sur l'avoine, je passai par des chemins presque impraticables et par plusieurs villages, et j'arrivai enfin à la grande route, où j'aperçus la diligence, qui, en suivant cette route, avait fait un long circuit; j'y rejoignis mon mari et ma fille.

» A Minden je pris moi-même les arrangemens nécessaires pour continuer la route, et louai une voiture pour nous seuls. Malgré cela, la cause la plus légère me portait à de fausses suppositions: mais comme je jouissais d'une entière liberté, je me livrais à un examen attentif de ce qui m'avait d'abord surprise, et je reconnus ainsi peu-à-peu mon erreur. Je me rappelle encore quelques-unes de ces visions fort singulières.

» A l'époque dont je parle, je n'étais plus inquiète ni de mon sort, ni de celui de ma famille; mais j'étais tourmentée par un sentiment de pitié pour les juifs, battus selon moi en Hollande, et réfugiés dans les bois des environs de C., où ils mouraient de faim et de froid, avec leur femmes et leurs enfans. J'allais tous les jours dans ces bois, et partout où des chemins se croisaient, je plaçais du pain et de l'argent.

» Deux régimens, qui traversèrent la ville à cette époque, conduisaient avec eux un cercueil; cette circonstance me saisit d'épouvante, parce que je m'imaginai que leur roi était placé dans ce cercueil. Pour m'assurer de la vérité, je courus à travers le jardin, pour rencontrer le cortège; mais le cadavre avait disparu, et plus tard j'appris que le cercueil avait été vide. J'appelai un jeune soldat, qui suivait les régimens à quelque distance, et lui adressai des questions à ce sujet: il ne me répondit point, alla, sans dire un mot, à un tertre couvert de verdure et d'épines; et avec la pointe d'une canne il fit un trou sous ces épines. Il ne répondit pas davantage quand je lui demandai s'il y avait un roi enterré sur l'une des rives du Rhin. Je fus aussitôt persuadée que ce soldat silencieux était un revenant, et cette idée terrible m'inquiéta beaucoup.

» La frayeur probablement, et le temps orageux, auquel je m'exposais constamment, bouleversèrent de nouveau mon cerveau. A partir de ce jour, aussitôt que j'arrivais dans la campagne, je voyais au haut de toutes les montagnes qui bordaient l'horizon, des machines que je prenais pour des télégraphes; et je m'imaginai à la fin que l'ennemi, après avoir coupé un canal, avait repoussé toute l'armée prussienne jusqu'au Rhin et l'avait précipitée dans l'abîme et que l'on voulait conserver les vaisseaux et les cadavres des individus ainsi anéantis, comme trophées de cette victoire. Cette idée éveilla en moi une haine terrible contre les hommes inhumains auxquels j'attribuais un plan si atroce; pour montrer que je ne participais en rien à son exécution, j'eus la pensée singulière d'envoyer quelques pains et une bouteille d'eau-de-vie à quelques détachemens de recrues qui passèrent par la ville; ils acceptèrent l'eau-de-vie, et donnèrent le pain aux pauvres. »

Depuis le retour de cette dame dans sa ville natale, ses visions, quoique ne se trahissant plus guère au dehors, car elle avait déjà gagné assez d'empire sur elle-même pour les cacher aux autres, étaient toujours encore assez fréquentes. Elle conserva longtemps la croyance que les juifs avaient juré d'assassiner les chrétiens; aussi saluait-elle avec beaucoup de respect et d'humilité toutes les juives fussent-elles couvertes de haillons; elle leur parlait avec la plus grande politesse, leur offrait ses services avec bienveillance, et en cherchant à les consoler. Elle donnait quelquefois à de pauvres juifs une pièce de monnaie, à laquelle elle attribuait une vertu particulière.

Elle abandonna à la fin cette idée, parce que chaque jour elle se convainquait que ses craintes étaient chimé-

riques ; mais elle passa à une idée tout opposée. Ce contraste se remarque fréquemment dans les rêves des aliénés. Elle crut qu'un grand nombre de juifs étaient campés dans une vaste forêt derrière une montagne des environs de la ville qu'elle habitait; que le gouvernement les retenait prisonniers en cet endroit et les faisait surveiller, et qu'ils étaient condamnés à mourir misérablement de faim. Guidée par la pitié que lui inspiraient ces malheureux, et indignée de ces mesures inhumaines, elle se hasarda plusieurs fois tout près de la forêt, et plaça çà et là, sur le bord des chemins qui y conduisaient, toutes sortes de vivres, tels que des pains, des fruits, de œufs, etc., afin que ces malheureux les trouvassent et qu'ainsi quelques-uns d'entre eux, au moins, fussent soustraits à la mort affreuse à laquelle ils étaient condamnés.

Un jour sa pitié pour ces malheureux ne lui laissa plus de repos, elle voulut absolument s'assurer de leur sort, aucune peine, aucune fatigue ne l'arrêta ; chargée de deux pains, d'une bouteille de vin et de quelques citrons, elle fouilla toutes les cachettes et toutes les gorges de la forêt, et gravit, à la fin, jusqu'au sommet de la montagne qui est fort escarpée. Elle ne découvrit rien qui pût confirmer son opinion. La vue magnifique dont elle jouissait, récréa son esprit, et les vivres ainsi que le vin, dont elle s'était munie, servirent fort à propos à fortifier ses membres fatigués.

Quand elle redescendit de la montagne, elle rencontra un jeune paysan. Les aliénés aiment généralement les enfans ; ils se fient davantage à eux qu'aux personnes plus âgées, et ils préfèrent leurs services. Notre malade fut donc doublement satisfaite et consolée de pouvoir adresser des questions à cet enfant sur tout ce dont elle était occupée. Quand le jeune paysan eut répondu négativement aux différentes questions qu'elle lui adressa, telles que : s'il n'y avait pas dans le voisinage, des prisonniers qu'on forçait à déplacer la montagne ; si on ne trouvait pas çà et là des cadavres d'hommes, de femmes et d'enfans, etc., elle commença à se tranquilliser et à s'apercevoir peu à peu de son erreur.

Depuis cette aventure, elle recouvra de plus en plus son jugement, dans l'appréciation des objets et des faits, et au bout de trois mois elle fut entièrement rétablie.

MÉDECINE LÉGALE.

—

Suicide par empoisonnement. Exemple remarquable de la possibilité des erreurs judiciaires; par P.-H. Boutigny, membre du jury médical du département de l'Eure.

Dans la commune de B..... (Eure), vivaient les époux X... La femme comptait près de treize lustres et le mari était plus que septuagénaire.

La femme était acariâtre et sujette à des accès d'hystérie; ses passions étaient vives, et ses désirs ne pouvaient que rarement être satisfaits; aussi avait elle imaginé un supplément des plus grotesques et des plus bizarres.

Dans le mois de décembre dernier, elle accusa son mari d'avoir voulu l'empoisonner. La justice, que le docteur Baudry accompagnait, se transporta sur les lieux, et, sur les indications de cette femme, on trouva dans sa maison un vase contenant de l'arsenic en poudre grossière, et une rôtie au vin que la malade devait prendre et qui contenait également une grande quantité d'arsenic. Ces faits motivaient suffisamment l'arrestation de l'époux, qui fut conduit dans les prisons d'Évreux. Le jour même ou le lendemain, la femme se leva et se porta fort bien pendant huit jours.

Interrogé sur les motifs qui avaient pu le porter à tenter d'empoisonner sa femme, le mari répondait qu'un pareil projet était bien loin de son cœur, que jamais il n'avait songé à commettre un si grand crime; que d'ailleurs, il avait le plus grand intérêt à ce qu'elle vécût, l'aisance dont il jouissait venant du chef de sa femme, dont le peu de fortune devait retourner à des collatéraux après sa mort. Enfin, cet homme était calme et résigné.

A huit jours de là, sa femme est prise d'une sorte d'accès de folie; on la voit courir dans la campagne et faire mille extravagances; cependant elle rentre chez elle, mais elle y rentre pour ne plus en sortir vivante ; elle mourut le lendemain.

A l'autopsie, on trouva de grands désordres, particulièrement dans les intestins (1). Le tube digestif nous fut envoyé à Evreux, et nous y trouvâmes une grande quantité d'arsenic, dans un état de division pareil à celui que nous avions trouvé dans le pot de grès et dans la rôtie.

Interrogés sur la question de savoir si cet arsenic avait pu être ingéré avant l'arrestation du mari, nous n'hésitâmes pas, M. Baudry et moi, à répondre négativement à cette question.

Il va sans dire, que le mari de cette monomaniaque d'un nouveau genre, fut mis immédiatement en liberté. Mais que serait-il devenu, si ce malheureux n'eût pas été arrêté?..... On ne saurait y penser sans frémir.

Combien de phrases éloquentes cette voix accusatrice d'une mourante, n'eût-elle pas inspirées à l'organe du ministère public! Et cette énorme quantité d'arsenic trouvée dans le tube digestif de cette femme, celui qui existait dans la rôtie au vin, celui qui fut trouvé au domicile conjugal, et puis les déclarations nettes et positives des hommes de l'art dans cette circonstance! tout aurait concouru à faire condamner le malheureux époux comme un lâche empoisonneur, quoiqu'il fût innocent du crime odieux dont il aurait été accusé. Répétons-le donc : on ne saurait penser sans frémir aux conséquences terribles de cette affaire, sans l'arrestation préventive de l'époux.

---

(1) L'état pathologique du tube digestif sera l'objet d'un mémoire du docteur Baudry.

avec ce qu'on appelle *gras de cadavre*, ou, en d'autres termes, avec la nouvelle combinaison des principes qui constituaient nos tissus; mais cette circonstance ne prouve rien contre ma manière de voir : elle tient uniquement au degré d'ancienneté du mal, aux progrès plus ou moins grands qu'il a faits.

Bayle comprenait, sous le nom de tubercules du foie, la plupart des lésions de texture de cet organe qu'on appelle aujourd'hui dégénérescences ou productions pathologiques. Laennec, au contraire, les a séparées, et en a fait autant d'entités morbides particulières. C'est en cela seulement que diffèrent les deux chefs de la doctrine du fatalisme : car du reste ces médecins s'accordent à regarder les altérations de ce genre comme provenant d'un germe, ou comme se développant on ne sait comment, ce qui n'est guère plus significatif. Mon intention n'est point de faire sentir ici tout ce qu'une pareille théorie a de gratuit et d'hypothétique; mais j'examinerai, ou plutôt je me bornerai à indiquer, l'une après l'autre, les dégénérations de cette nature que le foie est susceptible d'offrir.

Les tubercules du foie consistent tantôt en des masses inégales, bosselées, d'un blanc jaunâtre ou verdâtre, d'un volume variable, depuis celui d'un pois, d'une noisette, jusqu'à celui du poing; tantôt en des granulations miliaires qui peuvent exister pêle mêle avec les précédentes, mais qu'on rencontre ordinairement à la superficie du parenchyme, immédiatement au-dessous des membranes du foie.

Les tubercules hépatiques sont en général peu nombreux; dans quelques cas pourtant leur multiplicité est prodigieuse, ils sont rassemblés en grappes ou chapelet, et parfois si serrés, qu'ils s'aplatissent et se moulent les uns sur les autres. Cette dégénérescence, du reste, est beaucoup moins fréquente qu'on ne le pensait dans le siècle dernier; et quoique, après les poumons et le mésentère, le foie soit le viscère qui en est le plus souvent atteint, il est sûr qu'on ne l'y observe que fort rarement.

Les mélanoses du foie ne sont, comme celles qu'on trouve ailleurs, que des tubercules qui, chez quelques individus, et surtout chez les vieillards, ont pris une couleur noire.

« Les mélanoses, dit M. Broussais, doivent leur couleur noire tantôt à du sang altéré, tantôt à la matière noire du poumon, d'autres fois à un principe colorant qui n'est pas bien connu, mais qui se montre souvent dans les anciens foyers d'irritation qui occupent les viscères de la poitrine et du bas-ventre. Les mélanoses peuvent être composées de lymphe, de fibrine avec son cruor, de gélatine, d'albumine, quelquefois même de graisse dégénérée; enfin, l'on n'y retrouve que les formes connues de la matière animale qui compose le corps, et nous ne comprenons pas pourquoi l'on veut en faire des productions sans causes productrices appréciables (1). »

(1) *Annales de la médecine physiologique.*

Laennec a donné le nom de cyrrhoses à des concrétions granuleuses d'un jaune roux qui sont susceptibles de se développer dans des organes autres que le foie, mais qu'on rencontre principalement dans ce dernier.

« Les cyrrhoses qui surviennent dans le parenchyme hépatique forment ordinairement, dit Laennec, des petites masses dont le volume ne surpasse jamais celui d'un noyau de cerise, et quelquefois égale à peine celui d'un gros grain de millet. Ces masses sont toujours extrêmement nombreuses, et tout le tissu du foie en est parsemé. Leur petitesse fait que, lorsqu'on incise un foie dans lequel il en existe un grand nombre, son tissu paraît, au premier coup d'œil, homogène et d'une couleur jaune-fauve, assez semblable à celle qu'on nomme communément cuir de botte. Mais, si l'on examine plus attentivement le tissu hépatique, on s'aperçoit facilement qu'il est rempli d'une innombrable quantité de corpuscules assez semblables, pour l'aspect, à ces lobules de graisse durcie et roussâtre que l'on trouve communément dans le tissu cellulaire sous-cutané de la cuisse et de la jambe des sujets attaqués d'anasarque. Ces petites masses sont quelquefois unies très-intimement au tissu du foie; mais assez souvent elles en sont séparées par une couche mince de tissu cellulaire qui leur forme une enveloppe ténue, et alors ils se détachent assez facilement. »

Une particularité assez extraordinaire, et sur laquelle je dois insister, c'est que tout foie qui contient des cyrrhoses présente constamment une plus ou moins grande diminution de volume. Sa surface extérieure paraît en outre plissée, rugueuse, et ratatinée à peu près comme une pomme flétrie.

M. Andral a avancé, dans sa *Clinique médicale*, que la lésion organique qu'on appelle cyrrhose n'est autre chose qu'une hypertrophie de la substance blanche du foie. Mais ce n'est là qu'une hypothèse, qui repose elle-même sur une hypothèse, l'existence dans le foie de deux substances; l'une blanche et l'autre rouge (1); il suffit, d'ailleurs, de réfléchir que les cyrrhoses peuvent se développer dans des organes autres que le foie, pour s'apercevoir que l'opinion que je combats n'est pas admissible.

Les cyrrhoses ne diffèrent, selon moi, des tubercules que par la couleur; comme eux elles forment des masses de grosseur variée; comme eux elles existent à l'état de crudité et de ramollissement : tout porte à croire que ces deux productions morbides sont de même nature et proviennent des mêmes causes.

Le foie peut encore devenir squirrheux et passer à l'état d'encéphaloïde, qui, comme on sait, n'est que le dernier degré du cancer.

(1) Tous les anatomistes ne pensent pas que le foie soit composé de deux substances; on peut même dire qu'il n'y en a que trois ou quatre qui professent cette opinion, et encore font-ils observer que les subtances dont il s'agit ne sont distinctes dans l'état normal que pour celui qui les a remarquées lorsque la maladie les a rendues plus saillantes.

Telles sont à peu près les productions diverses qui, dans ces derniers temps, ont reçu le nom de tissus accidentels et sans analogues. J'ai cru pouvoir me dispenser de les soumettre à un examen plus approfondi, non-seulement par rapport à ce que j'ai dit, page 16, mais parce que ces sortes de lésions ont pour propriété spéciale d'être absolument identiques, quel que soit le lieu où elles aient leur siége, et que par conséquent les tubercules blancs, jaunes ou noirs, le squirre et l'encéphaloïde du foie, ne doivent pas présenter d'autres caractères que ceux qui se rencontrent dans les autres organes. Je n'ai pas balancé ensuite à leur attribuer une origine commune (*l'irritation*), parce que les médecins qui ne partagent pas le sentiment de M. Broussais sur ce point de pathologie semblent s'être rangés de l'avis de M. Andral, qui pense 1° que les tubercules, les mélanoses et le cancer du foie sont de véritables productions nouvelles déposées par voie de sécrétion dans le parenchyme hépatique; 2° que la cyrrhose n'est autre chose qu'une hypertrophie de la substance blanche du foie (1), et que, si l'on se souvient d'ailleurs de l'explication que j'ai donnée de la manière dont toutes ces altérations organiques se forment, lorsque rien n'annonce chez les malades que le foie ou les viscères environnans sont enflammés, on m'accordera sans peine qu'il est toujours possible de démontrer que l'irritation a présidé à leur développement.

Il est une autre espèce de lésion organique qu'on ne saurait s'empêcher de regarder comme provenant des mêmes causes que les tubercules: je veux parler de l'*hydropisie enkystée* du foie. Tous les kystes, en effet, sont des membranes de nouvelle formation qui surviennent à la suite d'une inflammation évidente, ou au moins d'un commencement d'irritation. Au surplus, les collections aqueuses ou séreuses du foie sont extrêmement rares, et nous possédons si peu de données sur les phénomènes qui les distinguent pendant la vie, qu'on ne peut en reconnaître l'existence qu'à l'ouverture du cadavre.

Quant à l'hydropisie hydatique du foie, que les auteurs prétendent être beaucoup plus commune que la précédente, si l'on réfléchit *qu'il existe entre les kystes ou vésicules séreuses qui tiennent au tissu cellulaire par leur surface externe et les vers hydatiques des transitions insensibles entre lesquelles il est très-difficile d'établir une démarcation tranchée* (2), on sera très-porté à penser avec moi que la mole hydatique ou en grappes et les trois espèces d'acéphalocystes dont l'animalité, suivant Béclard, peut encore être révoquée en doute, appartiennent aux kystes, et ne sont par conséquent, dans le cas qui nous occupe, qu'un résultat de l'irritation hépatique. Une autre chose qui ne contribue pas peu à me confirmer dans cette opinion, c'est qu'il existe souvent une identité parfaite de symptômes et de causes occasionnelles entre l'hydropisie hydatique du foie et la plupart des altérations organiques dont je viens de parler. C'est ainsi que, sur quatre individus observés à la Charité, chez lesquels le point de départ de l'affection du foie semblait avoir été également une violence extérieure, et chez lesquels il y avait eu également, au début de la maladie, douleur dans la région hépatique, le premier offrit un abcès creusé dans le parenchyme du foie; le second, des hydatides; le troisième, des masses cancéreuses; le quatrième, une diminution de volume de l'organe (1).

M. Louis parle d'un sujet chez qui le foie était devenu emphysémateux, plus léger que les poumons, et avait à peine le volume qui lui est naturel. Cet état du foie s'était-il manifesté avant ou après la mort? La dernière de ces hypothèses me paraît la plus vraisemblable. En admettant, au reste, que l'emphysème dont il s'agit se fût développé pendant la vie, ainsi que le croit M. Louis, il me semble qu'on ne saurait s'empêcher de le considérer comme le résultat d'une affection irritative: car, chez l'individu où il fut observé, tous les viscères thoraciques et abdominaux présentaient des traces de phlegmasie (2).

Il me resterait maintenant à examiner si, lorsque l'inflammation du foie ne s'est pas terminée par résolution, et que néanmoins il n'est survenu aucune des altérations qu'on observe à la suite de l'hépatite aiguë ou chronique, il est possible de juger, par la consistance et par la couleur du parenchyme, s'il y a eu ou non irritation. Mais, d'une part, la consistance normale de l'organe qui élabore la bile est très-peu connue, et tout ce qu'il est possible d'établir à ce sujet, c'est que, lorsque le parenchyme hépatique est d'une extrême friabilité, qu'il s'écrase et se réduit en pulpe sous le doigt qui le presse, l'analogie et les cas où l'on a vu cet état du foie coïncider avec tous les symptômes d'une hépatite doivent porter à admettre qu'il est le résultat d'un travail inflammatoire; de l'autre, personne n'ignore que la couleur du foie est susceptible de varier beaucoup dans l'état sain. Non-seulement elle n'est pas toujours alors, comme on le prétend, d'un rouge brun à sa surface; mais la substance hépatique, loin d'offrir constamment une teinte fauve ou jaunâtre à l'intérieur, est souvent d'une couleur brune. Or il est clair que, dans ce cas, la rougeur, signe non équivoque de l'inflammation, ne peut nullement servir à constater l'existence

(1) Suivant M. Andral, les tubercules sont toujours la suite d'une inflammation chronique; mais la matière tuberculeuse n'est qu'un pus d'une nature spéciale, qui, disséminé, infiltré dans les tissus ou rassemblé en foyer, se durcit par l'absorption des parties les plus ténues, jusqu'à ce qu'une recrudescence vienne le ramollir et le fondre par la sécrétion d'une matière liquide.

Quant aux mélanoses et au cancer, il les regarde également comme des produits de sécrétions morbides, mais il ajoute pour les mélanoses qu'il y a dans ce cas une sorte de dépôt du principe colorant du sang et de la fibrine, tous deux dans un état particulier.

(2) *Dictionnaire de médecine* en 18 vol., tome XII, page 529.

(1) *Clinique médicale*, tome IV, page 5.

(2) *Recherches anatomico-pathologiques sur la phthisie*, page 143.

de cette dernière. On s'accorde en général, cependant, à regarder la couleur rouge-foncé du tissu du foie comme provenant presque toujours d'un état d'irritation. Il paraît également à peu près certain que la teinte jaune très-prononcée et la pâleur de ce même tissu coïncident le plus communément avec des altérations qui dépendent d'un travail inflammatoire. On a aussi fait mention d'une couleur bronzée de l'intérieur qui s'accompagne d'une mollesse peu ordinaire du parenchyme hépatique, et qui, pour cette raison, me paraît être le produit d'une phlegmasie chronique. Quant à cette couleur ardoisée, noirâtre, disposée par plaques uniques ou multiples, et toujours nettement circonscrites, qu'on observe principalement à la face concave du foie, et qui se rencontre beaucoup plus fréquemment que celle dont il a été question jusqu'ici, on ignore en quoi elle consiste, et quelle est l'affection qui l'occasionne. « Si l'on en jugeait, dit M. Boisseau, par analogie avec des taches d'un noir plus foncé que l'on remarque, dans un plus petit nombre de cas, à la surface externe des intestins, on serait tenté de l'attribuer à l'inflammation; mais comment expliquer la singulière régularité des plaques noirâtres? Elles sont souvent triangulaires ou quadrangulaires; presque toujours elles finissent au bord tranchant, et, dans la direction opposée, une ligne droite les termine brusquement. Quel est alors l'état de la substance du foie? on l'ignore. Il est probable, cependant, que c'est d'elle que dépend particulièrement cette singulière coloration, ou, si l'on veut, décoloration, qui toujours se prolonge à l'intérieur du viscère (1). »

ÉTIOLOGIE.

Le foie est situé de manière que dans l'état naturel les corps extérieurs ne peuvent être en rapport direct avec lui. Mais cette circonstance, qui semblerait au premier abord devoir rendre l'irritation hépatique infiniment rare, n'empêche pas qu'elle ne s'observe très-fréquemment; et, pour le démontrer, il suffit de faire remarquer que la gastro-entérite, qui est une maladie extrêmement commune, s'accompagne presque toujours d'une supersécrétion bilieuse, et que celle-ci est une preuve non équivoque que le foie se trouve surexcité.

Lorsque l'irritation hépatique est primitive, les causes qui la déterminent sont : un coup, une chute sur la région hypocondriaque droite, une plaie pénétrante dans l'abdomen, une violente secousse dans la ligne verticale du corps, telle que celle qui résulte d'une chute sur les pieds, les fesses ou les genoux.

L'hépatite fut primitive dans les observations n° 1 et n° 4. Le second de ces deux faits surtout offre un intérêt d'autant plus grand que l'inflammation de l'appareil biliaire se montra seule exempte de complication, pendant six ou sept jours, et qu'on put, en quelque sorte, suivre de l'œil la marche que la nature prend en pareille occurrence.

Il arrive quelquefois que, sous l'influence d'un obstacle à la circulation situé dans la poitrine ou dans la cavité abdominale, le sang se ramasse dans l'organe qui sécrète la bile et le distend outre mesure. La congestion alors est toute mécanique; mais on sent facilement que, si cette congestion persiste ou se réitère souvent, elle peut devenir une cause d'inflammation pour le tissu où elle a son siége. L'hépatite dans ce cas doit-elle être regardée comme idiopathique? Quelques personnes s'étonneront peut-être que je réponde par l'affirmative. Mais je ferai observer que le seul moyen de s'entendre en étiologie est de ne considérer une affection morbide comme consécutive à une autre que lorsque cette dernière l'a produite directement. Or, ce n'est pas l'obstacle à la circulation qui ici a occasionné, à proprement parler, l'hépatite, mais bien le sang, qui, accumulé dans le foie, est devenu par sa présence une cause de stimulation pour ce viscère : la cause immédiate du mal résidait dans le parenchyme hépatique lui-même. Il n'y a donc rien d'extraordinaire que j'établisse que l'hépatite qui se développe de cette manière est idiopathique.

L'irritation hépatite consécutive résulte constamment d'une gastro-entérite ou d'une inflammation du péritoine.

L'affection de l'appareil biliaire qui survint chez le jeune homme dont j'ai tracé l'histoire, page 6, eut évidemment pour cause immédiate la phlogose du tissu péritonéal. Pour ce qui est des cas où l'irritation du foie dépend d'une phlegmasie du tube digestif, en voici deux dans lesquels la gastro-entérite occasionna non-seulement une supersécrétion bilieuse, mais encore une partie des signes qu'on a regardés jusqu'ici comme pathognomoniques de l'hépatite.

OBSERVATION N° 5.

Je fus appelé en consultation, le 10 mars 1822, pour un riche propriétaire des environs d'une ville où j'exerçais alors. Cet individu, âgé de trente-cinq ans, d'un tempérament bilieux et fortement constitué, n'avait, à ce qu'il paraît, dans le principe, qu'un embarras gastrique; mais un vomitif qu'il avait pris trois jours avant celui de la consultation avait considérablement exaspéré les accidens; il présentait, lorsque je le vis pour la première fois, les symptômes suivans : céphalalgie, bouche amère, langue rouge sur ses bords et à sa pointe, et couverte à son milieu d'un enduit jaune-verdâtre, soif très-vive, peau sèche et brûlante, douleur à l'épigastre, pouls dur, fréquent et serré, constipation, urines foncées en couleur. Mon opinion fut que la maladie était une gastro-entérite aiguë, qu'il falait se hâter de combattre par les sangsues à l'épigastre, la diète, les lavemens, les boissons acidulées et mucilagineuses. Le chirurgien ordinaire et deux autres médecins qui

---

(1) *Dictionnaire abrégé des sciences médicales*, tome IX, page 21.

avaient été appelés en même temps que moi opinèrent, au contraire, pour l'emploi d'un second vomitif, et comme j'étais seul de mon avis, il fut décidé qu'on administrerait sur le champ deux grains de tartrate de potasse antimonié. Ce remède détermina d'abondantes évacuations bilieuses par haut et par bas ; mais l'irritation, au lieu de diminuer, augmenta. Le lendemain l'hypocondre droit était devenu tendu et très-douloureux au toucher, et le décubitus sur ce côté était impossible. Je fis remarquer les mauvais effets de l'émétique, mais je ne fus pas plus heureux que la veille, et mes confrères, qui ne voyaient que des humeurs à évacuer, crurent devoir prescrire un purgatif. Je ne revis plus le malade depuis cette époque, mais je sais qu'il mourut quatorze jours après. Je sais aussi que le cadavre fut ouvert, qu'on trouva des traces évidentes d'inflammation dans les voies digestives, que le foie était gorgé de sang et très-volumineux, et que le péritoine sus-hépatique non-seulement était rouge, mais avait contracté des adhérences dans plusieurs points de son étendue avec les parties voisines.

OBSERVATION N° 6.

M. de C.... fut atteint de coliques violentes, le 20 avril 1826, pendant le traitement d'une uréthrite aiguë pour laquelle on avait fait plusieurs évacuations sanguines, employé le régime végétal et les boissons émollientes : il en était résulté un dérangement des organes digestifs, la langue était chargée, il était constipé, tout annonçait un commencement d'irritation dans ces organes. La température s'étant refroidie subitement, il en ressentit les effets : il mangea une soupe maigre et des poires cuites, il se coucha, eut beaucoup de peine à se réchauffer, et vers dix heures du soir il fut subitement atteint de coliques qui augmentèrent tellement qu'il m'envoya chercher au milieu de la nuit. Je le trouvai si souffrant qu'il se roulait sur le plancher ; il avait vomi les derniers alimens qu'il avait mangés ; l'épigastre était douloureux quand on le comprimait ; la douleur qu'il y ressentait semblait se propager vers les lombes ; le pouls était lent et serré, la langue sèche ; il ne faisait point de vents par en bas, tandis qu'il avait de fréquentes éructations ; les selles étaient supprimées. Il s'appliqua d'abord quelques linges chauds sur l'épigastre. A mon arrivée, je prescrivis une potion huileuse et un lavement. Celui-ci, dit le malade, semblait faire remonter la douleur ; quant à la potion huileuse, il la rendit presque de suite par le vomissement. J'espérais peu de ce médicament, que je n'avais donné que sur la demande du malade, qui l'avait vu administrer en pareille occasion. Jugeant bien qu'un tel état ne pouvait exister sans irritation, je fis mettre vingt sangsues sur le point douloureux. Aussitôt après leur chute, le malade se mit dans un bain tiède. Mais ces moyens n'apportèrent aucun soulagement : il souffrait extraordinairement, il ne put rester qu'un instant dans le bain, il vomit à plusieurs reprises de la bile porracée, les coliques augmentaient de plus en plus, il était dans une angoisse inexprimable ; les potions antispasmodiques, au lieu de calmer, paraissaient au contraire accroître la douleur. M. Capiaumon, chirurgien-major de l'école d'artillerie de Metz, vint le voir : il fut ainsi que moi, d'avis de réitérer l'application des sangsues. Mais le malade s'y étant refusé, nous témoignâmes le désir de consulter M. Rampou, médecin en chef de l'hôpital militaire d'instruction de cette ville. Il porta le même jugement que nous sur cette maladie, et, comme nous, il conseilla une nouvelle application de sangsues et l'emploi des bains. Tout cela fut exécuté, mais il n'en résulta qu'un léger amendement des symptômes précités. Les vomissemens et les coliques se renouvelaient moins fréquemment, le malade avait quelques instans de calme ; mais quand ces accidens avaient fini, il souffrait tout autant ; le pouls est toujours lent et serré, les traits de la face décomposés ; tout exprime une profonde douleur ; bientôt l'hypocondre droit devient douloureux quand on le comprime ; le foie semble dépasser les fausses côtes. Nous nous décidons à faire une forte saignée du bras : à peine le sang commence-t-il à couler de la veine que le malade se sent soulagé ; les envies de vomir et les coliques cessent, la chaleur se rétablit dans toutes les parties, la peau se couvre de sueur, il repose dans la nuit.

« Le 28, il s'est opéré une vive réaction : chaleur halitueuse ; pouls plein, accéléré, très-développé ; légère céphalalgie ; langue chargée, épaisse ; soif ; l'urine couleur de bière ; point de douleur à l'hypocondre, tandis que la pression de l'épigastre en fait ressentir une assez sensible.

« Le 29, tous les symptômes de la veille ont diminué ; le malade ne souffre nulle part, quoiqu'il n'ait point reposé dans la nuit.

« Le 30, rétablissement complet : il demande à manger. L'uréthrite, loin d'avoir été supprimée, s'est au contraire exaspérée (1). »

Les deux malades dont il s'agit ici furent réellement atteints d'une phlegmasie du foie, et cette dernière dut s'élever même à un assez haut degré d'intensité, puisqu'on observa une partie des symptômes que les auteurs ont regardés comme pathognomoniques de l'hépatite.

Je réduis, comme on voit, à un bien petit nombre de causes l'étiologie de l'irritation du foie ; et l'on m'objectera peut-être que les pathologistes qui n'avaient connu cette irritation que lorsqu'elle constitue une inflammation plus ou moins forte en admettaient une foule d'autres ; mais pour peu qu'on se donne la peine de méditer ce qu'ils nous ont transmis à ce sujet, on ne tardera pas à acquérir la certitude que toutes les causes que je n'ai pas nommées et dont ils font mention n'agissent qu'en provoquant soit une phlogose de la portion du péritoine qui correspond à l'appareil biliaire, soit une gastro-entérite, et que par conséquent on n'est nullement fondé à les comprendre parmi les causes de l'irritation hépatique.

La plupart des auteurs, par exemple, ont avancé que

(1) Cette observation est de M. Bodilier, docteur en médecine, et a été extraite du *Journal universel des sciences médicales*, cahier 126, page 355.

l'habitation sous un ciel brûlant est une des conditions qui contribuent le plus au développement des maladies du foie La vérité est que ces affections sont très-communes dans certaines contrées, telles que l'Egypte, les Indes orientales ; mais si ce fait a lieu, ce n'est pas parce que la chaleur modifie directement l'organe qui sécrète la bile. L'effet le plus ordinaire d'une température élevée est de rendre les voies digestives très-excitables et de disposer éminemment aux irritations gastro-intestinales. Ces irritations, une fois déclarées, se propagent aux tissus voisins : voilà la raison de la fréquence de l'hépatite dans les pays chauds.

M. Portal a remarqué que les grands mangeurs ont généralement le foie plus gros que les autres personnes. Ce médecin aurait dû ajouter que l'augmentation de volume, dans ce cas, tient ou à l'existence de la gastro-duodénite, qui, comme on sait, s'observe souvent chez les individus qui mangent beaucoup, ou à ce que les organes digestifs, se trouvant alors continuellement en exercice et continuellement stimulés, transmettent au foie une somme d'excitation plus forte que de coutume, ce qui à la longue suffit pour déterminer l'hypertrophie ou l'obstruction de ce viscère.

L'organe qui sécrète la bile ne devient quelquefois plus volumineux chez les sujets atteints de scrophules ou d'affections vénériennes que parce que ces deux états morbides coïncident, dans une infinité de cas, avec une irritation de la muqueuse gastrique, qui elle-même tient alors soit aux progrès naturels du mal, soit aux moyens qu'on emploie pour le combattre (1).

C'est par un mécanisme absolument semblable que le parenchyme hépatique acquiert fréquemment un développement considérable dans les fièvres intermittentes. Ces dernières n'étant très-souvent, en effet, que des gastro-entérites périodiques, on conçoit facilement que, lorsqu'elles durent fort longtemps, ou que, par l'usage intempestif ou l'abus du quinquina, on leur donne une nouvelle intensité, elles peuvent se propager au foie et en déterminer l'hypertrophie ou l'obstruction.

Les viandes noires ou grasses, rôties ou assaisonnées par l'art dangereux de nos cuisiniers; les assaisonnemens chauds (poivre, piment, girofle, etc.), les vins généreux, les liqueurs spiritueuses, les vomitifs et les purgatifs employés d'une manière peu méthodique; tous les agens connus, en un mot, sous la dénomination de stimulans, portent leur première action sur l'estomac et le duodénum. Ce n'est jamais que lorsqu'ils ont produit une gastro-entérite, ou, si l'on veut, une gastro-duodénite, et que celle-ci s'est transmise par les canaux biliaires (1) au foie, que les signes de l'irritation hépatique se déclarent.

Ces affections de l'appareil biliaire ne sont si communes chez les personnes qui mènent une vie sédentaire ou qui se livrent aux travaux du cabinet que parce que la digestion se fait ordinairement mal quand elle n'est pas aidée par l'exercice, ou que l'esprit se trouve dans un état habituel de contention.

Le refroidissement par l'exposition à un courant d'air ou l'immersion d'une partie ou de la totalité du corps dans l'eau froide, la répercussion d'un exanthème, de la goutte ou du rhumatisme, sont susceptibles aussi, dit-on, d'occasionner l'hépatite. Cette proposition ne me paraît pas plus fondée que les précédentes. Lorsque l'inflammation du foie survient à la suite de la suppression subite de la perspiration cutanée, de la disparition d'un exanthème, etc., ces causes, loin de modifier directement le parenchyme hépatique, commencent toujours par provoquer soit une gastro-entérite, soit une péritonite, suivant que le sujet est prédisposé à l'une ou à l'autre de ces maladies par l'état de l'atmosphère, son régime, ses habitudes, sa constitution. Une chose qui déjà milite beaucoup en faveur de l'opinion que j'émets ici, c'est que le péritoine et la muqueuse gastro-intestinale sont dans un rapport d'alternative avec la peau et peuvent devenir supplémentaires de celle-ci, tandis qu'il n'existe aucune sympathie, bien connue du moins, entre le système dermoïde et l'appareil biliaire; mais, ce qui ne permet pas d'hésiter à la considérer comme la seule qui puisse être admise dans l'état actuel de la science, ce sont les faits que je vais rapporter.

OBSERVATION N° 7.

Un jeune homme âgé de vingt et un ans, d'un tempérament bilieux et d'une grande mobilité nerveuse, se baigna par un temps assez froid dans une rivière qui coule près de la campagne qu'il habitait non loin de Bordeaux. Au sortir de l'eau, il éprouva des frissons, des anxiétés, et une douleur à la région du foie, qui, d'abord légère, fut en augmentant, au point que le soir elle était très-aiguë et gênait beaucoup la respiration. Le lendemain le pouls était dur et plein, la langue jaune, la bouche amère; la douleur de l'hypocondre droit surtout avait pris un caractère plus intense, et le décubitus sur ce côté était impossible. Cette affection morbide fut traitée par les antiphlogistiques, mais d'une

(1) Ce que j'avance ici relativement aux personnes qui sont affectées des écrouelles ou de la syphilis mériterait, à raison de sa nouveauté et de son importance, d'être appuyé par des faits, et je n'en cite aucun. Mais j'invite le lecteur à consulter, dans le *Traité des maladies du foie*, par M. Portal, l'article intitulé : *De l'état du foie par vice scrophuleux*, et celui qui a trait aux altérations hépatiques qui paraissent survenir à la suite de la vérole. Dans le premier, comme dans le second de ces articles, la plupart des observations que M. Portal a recueillies lui-même, et qui, sous ce rapport, n'en ont que plus de droit à notre confiance, prouvent que ce n'est presque toujours qu'après que les signes d'une lésion gastrique ont paru que l'organe qui élabore la bile s'enflamme et se désorganise.

(1) Et quelquefois aussi par les veines qui naissent à la surface de la membrane muqueuse intestinale, et se continuent en s'anastomosant avec les petites veines mésaraïques, qui, à leur tour, vont aboutir au tronc de la veine porte. M. Ribes a le premier émis cette opinion, qui me paraît très-vraisemblable.

manière trop timide, selon moi, et c'est ce qui fit qu'elle passa à l'état chronique. Le malade ne tarda pas à se trouver en proie à une fièvre lente qui redoublait régulièrement tous les soirs ; le teint devint jaune, l'épigastre douloureux, la respiration difficile et accompagnée d'une toux sèche. Plus tard, l'hypocondre droit se tuméfia ; lorsqu'on pressait cette partie, on sentait que le foie était dur, inégal à la surface, et dépassait de beaucoup les fausses côtes. La mort eut lieu l'année dernière, vers la fin du printemps, après neuf ou dix mois de souffrances. On ne fit point l'autopsie.

L'organe qui fut le premier affecté, dans ce cas, fut évidemment le péritoine : car j'ai prouvé, comme on sait, que les douleurs aiguës de l'hypocondre appartiennent à la péritonite. Ce ne fut qu'après, et sous l'influence de cette dernière, que le foie devint malade. La cause de l'hépatite dont il s'agit ne fut donc pas, à proprement parler, l'immersion dans l'eau, mais bien la péritonite qui résulta immédiatement de l'impression subite du froid sur la peau.

OBSERVATION N° 8.

Une femme âgée de vingt-cinq ans, d'un tempérament lymphatico-sanguin, ayant été se baigner, le 12 juillet 1821, dans le Drot, petite rivière du département de Lot-et-Garonne, éprouva pendant la nuit des envies de vomir continuelles, une chaleur insupportable dans tout le corps, et des angoises inexprimables. Le lendemain et les deux ou trois jours suivans, ces symptômes devinrent plus prononcés, des vomissemens fréquens eurent lieu, une fièvre violente se déclara. Le traitement que son médecin lui prescrivit la soulagea promptement ; mais sa guérison ne fut pas complète, elle ne recouvra pas sa fraîcheur habituelle, et il lui resta un sentiment de pesanteur et d'anxiété dans la région épigastrique, qui se manifestait principalement un peu avant le repas et pendant le travail de la digestion. Cet état de choses dura à peu près quatre mois. Au bout de ce temps, et sans cause appréciable, l'appétit disparut entièrement ; les nausées, les vomissemens et la fièvre se renouvelèrent. On combattit ces accidens de la même manière que la première fois, mais avec moins de succès. Les digestions ne se firent plus qu'avec peine, une fièvre lente se déclara, et l'embonpoint commença à diminuer à vue d'œil. Deux ou trois mois après, une nouvelle recrudescence étant survenue, je fus appelé en consultation. Je trouvai la malade dans un état de maigreur extraordinaire ; l'estomac ne pouvait supporter aucun aliment solide ; la langue était rouge et sèche ; la peau brûlante, le pouls petit et très-fréquent. Une circonstance qui me frappa surtout, et qui n'avait pas fixé l'attention de mon collègue, c'est que l'hypocondre droit était bombé et douloureux : lorsqu'on comprimait cette partie, on sentait que la tuméfaction était produite par le foie, qui avait acquis des dimensions considérables et qui était devenu extrêmement dur.

Cette femme mourut. Les parens ne voulurent pas permettre qu'on en fît l'ouverture ; mais je ne crois pas qu'on puisse douter, d'après ce que je viens de dire, qu'il n'y eût chez elle une lésion de l'appareil biliaire ; je ne crois pas non plus qu'il soit possible d'admettre que cette dernière fût le résultat immédiat de l'immersion dans l'eau, car les premiers symptômes qu'on remarqua furent ceux de la gastro-entérite. Cette observation prouve donc, comme la précédente, que l'action du froid ne produit pas directement l'hépatite.

OBSERVATION N° 9.

Une couturière âgée de dix-huit ans, d'un tempérament lymphatique, fit disparaître très-promptement une gale ancienne dont elle était atteinte. Peu de jours après, une diarrhée légère, accompagnée de coliques et de ténesmes, se déclara. A ces accidens se joignirent bientôt une douleur à l'épigastre, des envies de vomir et la perte totale de l'appétit. Le chirurgien de la malade vit dans ces symptômes l'indication d'un vomitif, et l'administra. L'effet de cet émétique n'ayant pas répondu à son attente, il en fit prendre un second, après quoi il ordonna plusieurs purgatifs pour achever, disait-il, de nettoyer les premières et les secondes voies. Ce traitement n'amena aucun changement favorable : la diarrhée et les coliques persistèrent, la sensibilité de la région épigastrique augmenta, et le dégoût pour les alimens fut porté au point que leur aspect seul suffisait pour occasionner des soulèvemens d'estomac. Les parens, voyant que leur fille ne guérissait pas, s'adressèrent à un médecin du voisinage, qui, se fondant sur ce que les règles n'avaient pas reparu depuis deux mois, crut devoir recourir aux emménagogues et en prescrire de toutes les espèces et sous toutes les formes. L'usage de cette médication nouvelle dura trois mois, et les résultats n'en furent nullement avantageux. Sous son influence, au contraire, les choses prirent une marche beaucoup plus fâcheuse : la maigreur devint extrême, la peau se colora en jaune, des vomissemens eurent lieu d'espace en espace ; chaque jour, en outre, une petite fièvre se manifestait vers le soir et durait une partie de la nuit. Tel était l'état de la malade lorsqu'elle témoigna le désir de me consulter. Mon premier soin, en arrivant auprès d'elle, fut de palper le bas-ventre, et comme toutes les apparences extérieures me l'avaient fait présumer déjà, j'acquis la certitude qu'il y avait une lésoin du foie : ce viscère était si volumineux qu'il débordait de trois ou quatre doigts les fausses côtes, et que l'hypocondre droit en était soulevé. Cette jeune personne périt dans le marasme le plus complet. Le cadavre ne fut point ouvert.

Il est évident que dans ce cas la répercussion de la gale détermina une irritation qui, d'abord fixée sur les intestins, s'étendit bientôt à l'estomac. Cette irritation, traitée d'une manière peu convenable, se propagea au parenchyme hépatique. Chez un individu qui eût été plus prédisposé aux affections du péritoine qu'à celles de la membrane muqueuse gastro-intestinale, la disparition de l'éruption psorique aurait produit de préfé-

rence une irritation du tissu péritonéal ; mais elle n'aurait, pas plus dans cette circonstance que dans l'autre, agi immédiatement sur le foie.

L'hépatite qu'on dit être produite par la rétrocession de la goutte ou du rhumatisme ne se développe pas d'une manière différente ; le péritoine ou les voies digestives sont toujours alors les premiers enflammés : ce n'est qu'après, et par suite de l'irritation de l'un ou de l'autre de ces deux organes, que celui qui élabore la bile devient malade.

On a mis également au nombre des causes de l'hépatite l'inflammation du tissu cellulaire de l'abdomen et celle de la plèvre. L'observation n° 3 prouve que, lorsque les parois du bas-ventre sont enflammées, l'organe auquel l'irritation commence par se communiquer est la membrane péritonéale. Pour ce qui concerne la pleurésie, le fait suivant suffira pour mettre hors de doute que c'est encore par l'intermédiaire du péritoine que l'hépatite survient en pareille occurrence.

OBSERVATION N° 10.

Je fus invité, en mars 1820, à soigner, conjointement avec un autre médecin, un jeune homme robuste et d'un tempérament bilioso-sanguin. Cet individu présentait tous les signes d'une phlegmasie très-intense de la plèvre et du poumon droit : le symptôme prédominant avait été dans le principe une douleur située au-dessous du sein, et tellement aiguë que, dès le second jour, la respiration ne se faisait plus du côté affecté que par le moyen du diaphragme. A l'époque où nous fûmes convoqués, l'inflammation avait envahi ce muscle, et la dilatation de la poitrine était en quelque sorte nulle à droite. Le malade mourut. A l'ouverture du cadavre, le poumon, la plèvre et le diaphragme offrirent des traces évidentes d'irritation. Mais ce à quoi nous ne nous attendions pas, mon collègue et moi, c'est que le foie en offrait aussi : il était d'un rouge foncé, beaucoup plus gros que de coutume, et la membrane séreuse avait contracté de nombreuses adhérences avec les tissus ambiants.

L'affection qui, chez le sujet dont il s'agit ici, se développa la première, et occasionna la mort, fut évidemment une pleuro-péripneumonie, puisqu'on n'observa pendant la vie que les symptômes de cette phlegmasie : l'irritation débuta par la plèvre costale et le poumon ; de là, elle se propagea au diaphragme et au péritoine diaphragmatique ; celui-ci la transmit en définitive à l'appareil biliaire. La cause immédiate de l'hépatite dans cette circonstance fut donc la péritonite.

On a déjà vu que M. Louis avait été conduit par une suite d'observations bien circonstanciées à établir *que la transformation graisseuse du foie existe presque uniquement chez les individus atteints de phthisie, en sorte qu'on peut jusqu'à un certain point la considérer comme une dépendance de cette dernière espèce de lésion.* Cette proposition est sans doute trop générale, et les faits qui prouvent que l'état gras du foie peut se développer sous l'influence d'une maladie autre que la phthisie sont beaucoup plus nombreux que ne le prétend M. Louis. Mais, ce qui me paraît certain, c'est que lorsque la dégénérescence qui nous occupe se forme chez les phthisiques, ce fait a lieu parce que l'irritation des voies aériennes s'est communiquée au péritoine diaphragmatique, et de là au foie. On m'objectera peut-être que la phthisie n'est point une affection irritative ; mais je répliquerai à cela que la plupart des médecins aujourd'hui regardent les mots *phthisie* et *pneumonie chronique* comme synonymes. En supposant, au surplus, qu'une pareille manière de voir ne fût pas admissible, on ne saurait me refuser qu'il se déclare constamment dans le cours de la phthisie des inflammations plus ou moins étendues de la plèvre. Eh bien, ce sont ces inflammations qui, quoique peu prononcées, se transmettent au péritoine et au parenchyme hépatique.

Les excès d'étude, les passions violentes, les chagrins profonds, les accès de colère, l'insolation, n'agissent pas non plus directement sur le foie. Toutes ces causes commencent par produire une irritation du cerveau et de ses membranes ; celle-ci, lorsqu'elle est intense ou qu'elle dure longtemps, se transmet à la muqueuse gastro-intestinale. On peut m'opposer, je le sais, qu'il est difficile de concilier avec cette théorie les cas où la jaunisse se développe instantanément sous l'influence d'une émotion morale vive. Mais ces sortes de cas, selon moi, ne font pas exception à la règle que j'établis, et il résulte évidemment de ce que je dirai plus loin que l'état du foie qui produit l'ictéricie spasmodique reconnaît pour cause prochaine une lésion gastro-intestinale, qui, elle-même, est survenue immédiatement après une émotion morale vive, telle qu'une grande frayeur, un accès de colère, etc.

C'est encore par un mécanisme analogue que l'hépatite se développe à la suite des plaies de tête. Toutes les fois qu'il n'y a pas eu alors lésion concomitante de l'organe qui élabore la bile et de l'encéphale, l'irritation de celui-ci ne se communique au parenchyme hépatique que par l'intermédiaire du tube alimentaire. Il m'eût été facile de citer une foule de faits pratiques à l'appui de cette proposition, mais comme dans tous les cas où l'encéphalite traumatique se trouve compliquée avec une altération de l'appareil biliaire les choses se passent de la même manière que dans l'une où dans l'autre des deux observations suivantes, j'ai cru que je pouvais me dispenser d'en rapporter un plus grand nombre.

OBSERVATION N° 11.

M. B...., officier en retraite, âgé d'environ quarante-cinq ans, était depuis longtemps livré à la crapule la plus dégoûtante. Plusieurs fois j'avais eu occasion de le voir à l'hôpital de la marine, où souvent on l'apportait gorgé de vin et d'eau-de-vie, couvert de contusions et de meurtrissures.

Le 1er juillet 1823, à dix heures du soir, chassé d'un cabaret où il avait déposé les restes de sa raison, il se

rendit dans sa chambre au deuxième étage, d'où il tomba ou se jeta par la fenêtre. La tête frappa fortement contre un balcon en fer du premier étage, et il retomba ensuite jusqu'à terre, ayant fait une chute de trente-cinq pieds. Apporté à l'hôpital à onze heures du soir, dans un état complet d'ivresse, il fut soumis à l'examen le plus attentif. On trouva aux tégumens crâniens, vis à vis la portion temporale droite du frontal, une plaie d'environ un pouce de longueur, et par laquelle sortait une assez grande quantité de sang artériel. Le voisinage de l'artère temporale moyenne fit penser que l'hémorrhagie pouvait être due à sa rupture : une incision de deux pouces, à partir de l'angle inférieur et interne de la plaie, mit à découvert deux branches artérielles qui furent liées aussitôt. On fit un pansement simple, et on appliqua le bandage.

Le pouls était assez élevé au moment de l'entrée du malade ; on lui pratiqua une saignée d'environ dix onces. Du reste, tous les symptômes de l'épanchement et de la fracture existaient. Large ecchymose autour de l'œil droit ; écoulement de sang par les narines, les oreilles et la bouche ; deux bosses énormes sur le front, coma profond ; respiration précipitée et stertoreuse. Ces symptômes firent pronostiquer une mort prochaine, qui arriva, en effet, un quart d'heure après le pansement, pendant lequel on sentait une dépression graduelle du pouls.

AUTOPSIE.

Habitude extérieure.

Sujet musclé ; face violacée et recouverte encore en partie de sang coagulé ; ecchymose de l'œil droit ; plaie des tégumens du crâne de trois pouces d'étendue ; bosse avec épanchement de sang dans le tissu cellulaire sous-cutané du côté gauche de la tête seulement ; traces de contusions sur le côté droit de la poitrine.

Tête.

Fracture considérable du frontal, depuis la ligne médiane jusqu'à sa suture avec le pariétal droit et l'aile du sphénoïde ; une seconde fracture, perpendiculaire à la précédente, part de la bosse pariétale droite, croise la première à angle aigu, traverse les voûtes orbitaires droite et gauche, longe l'ethmoïde du côté gauche, coupe le corps du sphénoïde, et se termine aux apophyses clinoïdes entièrement séparées de l'os auquel elles appartiennent. De cette disposition résultent deux éclats du frontal, qui, enlevés, laissent la dure-mère à découvert dans une étendue de deux pouces carrés, et déchirée près de la voûte orbitaire droite, et non loin de l'apophyse crista-galli. Enfin, une troisième fracture, moins considérable que les deux autres, se dirige obliquement en dehors et en bas, divise l'arcade sourcilière droite à sa partie externe, et se perd sur l'aile du sphénoïde et la face antérieure du rocher du même côté. L'encéphale, dont les vaisseaux sont fortement injectés, présente un affaissement considérable et un épanchement de sang dans les ventricules.

Poitrine.

Epanchement de sang dans la cavité droite de la plèvre, poumon droit déchiré dans plusieurs points, quoique sain du reste.

Abdomen.

Colon boursouflé, estomac distendu, foie de couleur pâle ; épanchement de sang dans la cavité abdominale, provenant sans doute de déchirures assez étendues que le foie présente dans ses lobes principal et moyen. L'estomac est plein de liquide, qu'à sa couleur et son odeur on reconnaît pour du vin mêlé à de l'eau-de-vie. Une plaque rougeâtre d'un pouce et demi de diamètre s'observe au fond du grand cul-de-sac. Les autres viscères abdominaux n'offrent rien de particulier (1).

OBSERVATION N° 12.

Un soldat âgé de trente ans, et d'une forte constitution, reçut deux coups de sabre : l'un avait porté sur le masséter et la glande parotide du côté gauche ; l'autre avait été tellement dirigé que la table externe du coronal était divisée dans l'étendue de deux pouces. La plaie et les symptômes n'offrirent rien de particulier les premiers jours ; mais, le huitième jour, vomissement bilieux, et les jours suivans augmentation de la fièvre avec un enduit jaunâtre de la langue ; la suppuration se supprima, et le malade mourut le vingt-cinquième jour de sa blessure. A l'ouverture du corps, on trouva le foie parsemé de petites ulcérations et recouvert dans toute son étendue d'une légère couche de matière purulente jaunâtre. (*Journal de* Desault, tome 2, page 11.)

L'affection du parenchyme hépatique qu'on rencontra chez M. B... fut évidemment indépendante de celle de la tête : il est incontestable, en effet, que la cause qui produisit dans ce cas la fracture du crâne détermina également une violente commotion du foie ; ce viscère était déchiré. Jamais certes l'encéphalite n'a occasionné de semblables désordres ; la mort arriva trop promptement, d'ailleurs, pour que la pulpe cérébrale eût eu le temps de s'enflammer et de faire participer à son état de souffrance d'autres tissus.

Pour ce qui concerne le soldat dont parle Desault, il y eut véritablement chez lui hépatite, et le développement de cette phlegmasie fut postérieur à celui de l'encéphalite. Mais on ne saurait me refuser que dans cette circonstance le premier organe auquel l'irritation du cerveau se transmit fut la membrane muqueuse digestive, car on ne remarqua dans le principe que les phé-

(1) Cette observation est de M. Bouyer, officier de santé de la marine, à Rochefort, et a été extraite du *Journal médical de la Gironde*, tome IV, page 391.

nèmes qui résultent pour l'ordinaire des blessures du genre de celle dont il s'agit ici, et quand les accidens parurent s'aggraver, les symptômes qui se manifestèrent furent ceux de la gastro-entérite.

Ces deux observations confirment pleinement, comme on voit, l'opinion que je viens d'émettre : la seule conséquence qu'on puisse en tirer, c'est que, lorsqu'il n'y a pas eu dans les plaies de tête lésion concomitante de l'appareil biliaire et du cerveau, et que néanmoins l'hépatite se déclare, cette dernière dépend immédiatement de la gastro-entérite qui la précède toujours en pareille occurrence.

On me demandera peut-être pourquoi la céphalite non traumatique s'accompagne si rarement d'abcès au foie. Cette différence tient, selon moi, à celle des causes. Lorsque l'inflammation du cerveau survient à la suite d'un coup, d'une chute, etc., elle est plus intense, les sympathies qu'elle excite sont plus nombreuses et plus énergiques. Ajoutez à cela qu'elle coexiste le plus communément alors avec une fracture du crâne ou une plaie plus ou moins contuse des parties molles qui recouvrent cette boîte osseuse, et vous n'aurez pas de peine à concevoir pourquoi les abcès hépatiques s'observent plus souvent dans l'encéphalite traumatique que dans celle qui ne l'est pas.

Il demeure donc démontré que, parmi les causes que les auteurs ont assignées à l'hépatite, il n'y a que celles que j'admets qui la produisent réellement. Toutes les autres appartiennent à la gastro-entérite ou à la péritonite, et ne doivent pas par conséquent être mises au nombre des causes de l'irritation hépatique. Que si l'on m'objecte que, dès le moment que j'ai établi que, lorsque la maladie qui nous occupe ne provient pas d'une contusion ou d'une solution de continuité, elle dépend toujours d'une phlegmasie gastro-intestinale ou d'une phlogose du péritoine, je ne saurais m'empêcher de regarder les circonstances qui peuvent donner lieu à ces deux dernières affections comme prédisposant au moins à la première, je répliquerai que cela n'offrirait pas d'inconvénient, si l'on se pénétrait bien que ces circonstances ne modifient pas directement le foie, ou, en d'autres termes, ne le modifient que par le moyen d'une irritation étrangère à cet organe. Mais l'opinion que je combats présente ce vice fondamental que les personnes qui l'ont professée jusqu'ici, ne tenant aucun compte de l'inflammation préexistante des voies digestives ou de la membrane séreuse du bas-ventre, n'ont vu que l'hépatite, c'est-à-dire qu'un résultat, et n'ont dirigé leurs efforts que contre ce résultat. Voilà pourquoi j'ai pensé qu'il était préférable de poser simplement en principe que l'irritation hépatique qui n'est pas primitive reconnaît exclusivement pour cause une gastro-entérite ou une péritonite. En procédant ainsi, on va droit au but; on ne risque pas surtout d'errer sur la nature et l'origine du mal.

J'ajouterai que, les choses qui agissent en excitant primitivement le tissu du foie étant infiniment moins nombreuses que celles qui commencent par produire une inflammation de l'estomac ou du péritoine, l'irritation hépatique doit être bien plus souvent consécutive qu'idiopathique. On ne me peut refuser encore que, la gastro-entérite étant beaucoup plus fréquente que la péritonite, l'irritation du foie doit être beaucoup plus souvent le résultat du premier que du second de ces états morbides. Ces deux propositions nous conduisent naturellement à celle-ci : *La cause la plus commune de l'irritation hépatique est la gastro-entérite.*

L'inflammation primitive du foie revêt pour l'ordinaire le caractère de l'acuité.

L'hépatite consécutive, au contraire, prend en général la marche chronique à son début, ou, si elle est aiguë en commençant, elle passe fréquemment à l'état chronique.

Doit-on considérer l'hépatite comme pouvant occasionner directement l'inflammation du cerveau? Je ne le pense pas, et je me fonde sur ce que l'observation n° I prouve sans réplique, que l'encéphalite qui survient pendant le cours d'une hépatite ne dépend pas des sympathies que le foie a développées directement dans le cerveau, mais bien de la réaction de l'estomac enflammé sur ce dernier organe. Les symptômes cérébraux ne se manifestèrent, en effet, dans ce cas, qu'après que la phlegmasie gastro-intestinale fut devenue très-prononcée, et leur intensité fut constamment en raison des progrès de celle-ci. Que si l'on m'objecte que je ne cite qu'un fait à l'appui de mon opinion, je répliquerai que, si l'on se donne la peine d'examiner tous ceux de ce genre que les auteurs nous ont transmis, on ne tardera pas à se convaincre que les choses se passent toujours comme je le prétends. On ne saurait donc s'empêcher de m'accorder que l'encéphalite n'est jamais le résultat immédiat de l'irritation hépatique.

Ce serait le moment maintenant d'examiner, comme je m'y étais engagé en parlant des terminaisons de l'irritation hépatique, si, lorsqu'il y a ce qu'on pourrait appeler une métastase, ou, en d'autres termes, que l'hépatite diminue ou disparaît, et que le délire se déclare, l'encéphalite dépend des sympathies que le foie enflammé a pu exciter dans le cerveau, ou si elle ne tient pas plutôt à la gastro-entérite qui s'observe toujours en pareille occurrence. Mais il est clair que, dès le moment que j'ai démontré dans le paragraphe précédent que l'encéphalite ne se manifeste à la suite de l'hépatite que tout autant que celle-ci a déterminé préalablement l'inflammation du tube alimentaire, cette dernière a été dans ce cas la cause occasionnelle de l'affection cérébrale, qui, une fois développée, est devenue prédominante et a masqué ou fait disparaître réellement l'irritation préexistante de l'appareil biliaire. Cette question se trouve donc implicitement résolue; il ne serait d'aucune utilité de la soumettre à un examen plus approfondi.

Telles sont les idées que je professe sur le mode de production de l'irritation hépatique. Personne avant moi n'avait traité ce sujet avec plus d'étendue, et, si je ne me trompe, d'une manière plus satisfaisante; je n'en excepte pas même M. Broussais. Outre que ce médecin, en effet, n'a eu en vue dans ses écrits que le degré

de l'irritation du foie qui constitue l'hépatite des auteurs, et qu'il dit très-peu de choses sur la concomitance des abcès hépatiques avec les plaies de tête, la plupart des objections qui lui ont été faites ne sauraient m'être adressées. C'est ainsi, par exemple, que les cas où l'hépatite dépend d'une phlegmasie du tissu péritonéal se concilient parfaitement avec ma manière de voir, tandis qu'ils sont en opposition directe avec celle du professeur du Val-de-Grâce, qui établit, comme on sait, que l'hépatite non traumatique est constamment produite par une gastro-entérite.

Les cas d'hépatite non traumatique à la suite desquels on n'a rencontré aucune trace de phlegmasie dans les voies digestives ne militent pas autant qu'on pourrait le croire contre l'opinion de M. Broussais : car il ne répugne nullement d'admettre que quelquefoie, en pareille occurrence, la gastro-entérite a pu disparaître et l'hépatite persister et continuer à faire des progrès (1). Mais il est plusieurs de ces cas auxquels ces réflexions ne sont pas applicables, et qui s'expliquent naturellement dans la théorie que je propose, parce que, dans tous les faits de cette dernière espèce, il est possible de prouver que l'hépatite provenait d'une péritonite.

Les cas d'hépatite où la membrane muqueuse gastro-intestinale offrait des traces d'inflammation, mais seulement dans l'estomac ou dans les derniers intestins grêles, le duodénum étant parfaitement sain, ne sont pas, à beaucoup près, d'une aussi grande importance que les précédens. Mais j'ai encore ici cet avantage sur M. Broussais, que lui ne peut se rendre compte de la production de l'hépatite dans cette circonstance qu'en admettant qu'une phlegmasie assez considérable pour laisser des traces de son existence, soit dans l'estomac, soit dans l'iléon ou le jéjunum, avait dû nécessairement se propager au duodénum, et que l'irritation de celui-ci, quoique peu intense, avait déterminé celle du foie ; tandis que moi je puis, outre cette explication, en donner une autre, au moins pour les cas où la partie de l'estomac qui est contiguë au foie se trouve affectée, et dire que l'inflammation passe alors directement de la membrane muqueuse gastrique à la portion du péritoine qui lui correspond, et se communique ensuite au parenchyme hépatique.

Les adversaires de la doctrine physiologique ont avancé également que les désordres du tube alimentaire sont quelquefois si minimes, qu'on ne peut leur attribuer ceux que le foie présente. Mais les faits de cette nature n'infirment ni l'opinion de M. Broussais ni la mienne, attendu qu'on ne les observe que chez les personnes éminemment prédisposées aux affections de l'appareil biliaire. Il y a des individus chez qui le foie est, dans l'état normal, plus volumineux, plus irritable, plus susceptible de devenir malade, que chez les autres hommes. La gastro-entérite la plus légère suffit alors pour déterminer tantôt une sécrétion très-abondante de bile, tantôt une véritable hépatite, et il n'y a pas de raison pour que celle-ci, une fois développée, ne s'accroisse indéfiniment.

J'ai cru devoir entrer dans ces détails, parce que les médecins qui ne sont pas très au courant des dogmes de la nouvelle école auraient pu penser que je n'ai fait que reproduire ici les idées que M. Broussais a émises sur l'étiologie de l'hépatite. La théorie de cet auteur, je le répète, diffère sur plusieurs points de celle que je propose. Dans l'une, on n'a eu en vue qu'un degré de l'irritation hépatique ; dans l'autre, on prend cette irritation à son début, on la suit dans sa marche, on l'envisage sous toutes ses formes. Dans l'une, on glisse en quelque sorte sur une difficulté majeure, *la concomitance des plaies de tête avec les abcès du foie ;* dans l'autre, on a cherché à remplir cette lacune et l'on y a réussi. L'une enfin est susceptible de plusieurs objections solides; l'autre se prête à toutes les explications et s'accorde toujours avec les faits.

PRONOSTIC.

Lorsque l'irritation du foie est consécutive et qu'elle n'est qu'à son premier degré, elle n'offre rien de dangereux : on est toujours sûr de la voir céder à des moyens appropriés.

L'irritation hépatique primitive se manifeste constamment par des signes plus nombreux et plus prononcés que dans le cas précédent; toutes les fois néanmoins qu'elle existe seule, c'est-à-dire qu'elle ne s'est pas propagée encore au péritoine et au tube digestif, il est facile d'en arrêter le cours. L'ouvrier dont j'ai rapporté l'histoire, page 8, présentait une lésion de ce genre quand il vint chez moi me consulter : je suis persuadé qu'il ne fallait à cette époque qu'une saignée du bras ou une forte application de sangsues à l'hypocondre, et un régime approprié, pour dissiper les accidens et amener une prompte guérison.

Les symptômes que les auteurs ont assignés à l'hépatite aiguë indiquent, comme je l'ai prouvé, que la membrane muqueuse alimentaire, le foie et le péritoine, sont enflammés en même temps. L'état morbide qui résulte de l'affection simultanée de ces trois organes est très-grave et l'issue en est très-souvent malheureuse. J'ajouterai pourtant que la gastro-hépato-péritonite aiguë ne se terminerait pas à beaucoup près aussi fréquemment par la mort si l'on employait pour la combattre une médication plus rationnelle. Ne fût-il possible d'alléguer à l'appui de cette assertion que le succès que j'ai obtenu chez l'ouvrier dont je viens de parler, que ce fait seul devrait suffire pour engager les praticiens à imiter la conduite que j'ai tenue en cette occasion.

Quand l'irritation du foie a revêtu les caractères d'une phlegmasie chronique, la maladie, pour être moins intense et moins douloureuse, n'en est que plus difficile à guérir. L'une des principales causes surtout de la presque inutilité de l'art dans ce cas, c'est que, lorsque

---

(1) Ce qui doit porter surtout à penser que les choses se passent quelquefois ainsi, c'est que les faits dont il s'agit appartiennent tous à l'hépatite chronique.

l'hépatite prend la marche chronique en commençant, ce qui arrive le plus communément, on ne s'aperçoit pour l'ordinaire que le foie est enflammé qu'après que ce viscère est devenu le siége d'une dégénération morbide, et que nous ne possédons aucun moyen de rétablir dans leur état normal les tissus véritablement désorganisés.

TRAITEMENT.

On a pu se convaincre par ce que j'ai dit déjà que, si les premières nuances de l'irritation hépatique ne dépendent pas constamment d'une inflammation du tube digestif, ce n'est du moins que dans ce cas qu'on peut les distinguer. Cet état de sur-excitation du foie n'exige aucun traitement particulier : la seule indication qui se présente alors est de remonter à la cause des accidens et de l'attaquer directement. La fièvre bilieuse des auteurs, par exemple, n'est autre chose, selon moi, qu'une lésion gastro-hépatique. Eh bien, si, chez un individu atteint de cette maladie, l'hypocondre droit n'est ni tendu ni douloureux au toucher, le médecin ne devra s'occuper que de l'irritation des voies digestives. Cette dernière disparaissant, celle du foie disparaîtra également. L'essentiel est qu'on agisse suivant les principes d'une saine doctrine, et qu'on ne s'obstine pas à ne voir que des humeurs à évacuer là où il ne faut le plus souvent que recourir à la diète, aux boissons délayantes ou à quelques évacuations sanguines, pour procurer une guérison prompte et solide. Qu'on ne s'y trompe point, les préceptes que je donne ici sont d'une telle importance pour la pratique, qu'en s'y conformant on préservera presque toujours les malades de cette foule d'altérations qui se développent dans le foie, et qui ont reçu le nom d'*obstructions*. Ce n'est pas à combattre ces sortes d'altérations quand elles existent, c'est à les empêcher de se former, que le médecin doit s'attacher. Or il ne saurait y parvenir qu'en détruisant la cause qui produit ces irritations hépatiques légères qui, méconnues ou mal traitées, se prolongent indéfiniment ou prennent les caractères d'une phlegmasie chronique, et se terminent si fréquemment dans ces deux circonstances par la désorganisation du tissu qui en est le siége. On aurait donc tort de se figurer qu'il ne s'agit ici que de la discussion stérile d'un point de théorie. Le principe que j'établis repose sur ce fait incontestable : *la gastro-entérite détermine dans la grande majorité des cas une irritation du foie;* il a pour but de démontrer que le moyen le plus certain d'arrêter les progrès de celle-ci consiste à guérir celle-là et à ne pas l'exaspérer surtout par les vomitifs, les purgatifs, les désobstruans, etc.

Si l'irritation hépatique n'offre aucune indication particulière tant qu'elle n'est qu'à son premier degré, il n'en est pas de même lorsqu'elle présente les symptômes que les pathologistes ont assignés à l'hépatite. D'une part, en effet, l'expérience prouve que, dans le cas où l'inflammation du foie dépend d'une lésion des voies digestives, le plus sûr est d'attaquer simultanément ces deux affections ; de l'autre, on sent facilement que les moyens thérapeutiques qu'on emploie contre l'hépatite doivent varier, sinon quant aux propriétés, du moins sous le rapport du nombre, de l'activité, du mode d'administration, suivant qu'elle est aiguë ou chronique, traumatique ou consécutive. Je vais tâcher de préciser la conduite qu'il convient de tenir dans chacune de ces circonstances.

Toutes les fois que l'hépatite aiguë dépendra d'une gastro-entérite et que le sujet sera pléthorique, on commencera par pratiquer une saignée du bras. Si, malgré cette saignée, le pouls reste large, dur et plein, on la réitérera et l'on en viendra ensuite aux évacuations sanguines locales. Ces dernières suffisent généralement chez les individus qui ne sont ni pléthoriques ni très-forts, ou qui ne paraissent pas atteints d'une phlegmasie très-intense ; mais il faut même dans ce cas qu'elles soient abondantes, répétées souvent. On est en général trop réservé sur leur emploi. Les sangsues s'appliquent ordinairement à l'épigastre et à l'hypocondre ; cependant, si l'on avait lieu de présumer que la suppression ou la diminution d'un flux hémorrhoïdal périodique eût pu influer sur le développement de la maladie, il serait indiqué d'en mettre à l'anus. On couvrira la région du foie de cataplasmes émolliens, et si leur poids fatigue, on les remplacera par une flanelle trempée dans une décoction émolliente. On prescrira la diète la plus sévère et des boissons acidules froides, telles qu'une limonade, une orangeade, l'oxicrat, du sirop de groseille étendu d'eau fraîche. Enfin, on secondera tous ces moyens par des demi-lavemens de décoction de graines de lin ou de racines de guimauve, qu'on rendra plus efficaces par l'addition de la pariétaire ou du nitrate de potasse. Il est rare que, par suite d'une médication aussi rationnelle, on n'obtienne pas une grande diminution des symptômes inflammatoires. Quand on est parvenu à ce résultat, les bains produisent d'excellens effets, et l'on peut, immédiatement après leur emploi, avoir recours à l'huile de ricin ou bien à de légers purgatifs salins qu'on administrera conjointement avec les sucs des plantes borraginées, chicoracées, etc. Les évacuans soulagent toujours alors, pourvu qu'ils ne soient pas trop actifs et qu'on n'en fasse qu'un usage modéré.

Lorsque l'inflammation a débuté par le péritoine et que cette membrane et la superficie du parenchyme hépatique sont les parties les plus irritées, le traitement ne diffère du précédent qu'en ce que la saignée du bras est plus généralement indiquée, et qu'après qu'on en a fait une ou deux, on peut, dans la plupart des cas, se borner à n'appliquer de sangsues qu'à l'hypocondre droit.

L'hépatite traumatique n'exige pas non plus une médication différente. Seulement, comme l'irritation hépatique qui survient à la suite d'une blessure du foie ne dépend pas de l'affection préexistante d'un autre organe, et que, si les voies digestives se trouvent alors enflammées, ce n'est jamais que consécutivement, il

faut donner la préférence à la saignée générale. Je n'ignore pas que ce moyen a l'inconvénient d'affaiblir plus que les émissions sanguines locales, et qu'il pourrait devenir dangereux de trop insister sur son emploi; mais c'est au praticien à se renfermer dans de sages limites, et à juger lui-même de l'époque où la saignée capillaire doit être substituée à l'ouverture de la veine.

On voit, d'après cela, que les évacuations sanguines générales ou locales forment la base du traitement de l'hépatite aiguë. J'ajouterai que, quoique j'aie déjà parlé du lieu où il convient de pratiquer les saignées capillaires, je ne crois pas devoir passer outre sans faire observer qu'on a attaché beaucoup trop d'importance à celles de la marge de l'anus. Les médecins qui ont conseillé l'application des sangsues à cette partie ont eu en vue de dégorger la veine porte par l'intermédiaire des vaisseaux hémorrhoïdaux. « Mais est-ce bien par la saignée pratiquée à la marge de l'anus qu'on obtiendra ce résultat? Quelle influence pourra exercer sur la circulation de la veine porte l'émission lente de quelques onces de sang par une saignée capillaire, aussi promptement réparé qu'il est évacué? On agira bien plus efficacement sur la circulation du foie par une saignée générale, dans laquelle on soustrait brusquement une grande quantité de sang. D'ailleurs, en supposant qu'on diminuât d'une manière notable la quantité de ce liquide en circulation dans la veine porte, on ne remplirait pas complétement le but qu'on se propose : car le foie en reçoit beaucoup par l'artère hépatique, et celui qu'elle lui apporte est bien plus stimulant que celui qui lui arrive par la première (1). » Ces raisons, bien que très-propres, certes, à infirmer l'opinion de ceux qui pensent que la fluxion qu'on détermine sur l'extrémité inférieure du rectum décharge directement le système veineux hépatique, ne me paraissent pas suffisantes néanmoins pour qu'on n'en vienne pas à l'application des sangsues à l'anus, lorsque le développement de la phlegmasie qui nous occupe a été précédé par la suppression ou la diminution d'un flux hémorrhoïdal. Mais cette circonstance est la seule où ce moyen soit d'une utilité incontestable; encore n'est-on pas même dispensé alors de recourir aux saignées de l'épigastre et de l'hypocondre.

Les ventouses scarifiées et les vésicatoires, recommandés par quelques praticiens, sont, sinon constamment nuisibles, du moins parfaitement inutiles dans le traitement de l'hépatite aiguë. Appliqués, en effet, à l'hypocondre pendant que la maladie est dans toute sa force, ils ne peuvent que l'augmenter; et si l'on attend pour s'en servir que l'irritation, considérablement diminuée sous l'influence des émissions sanguines, soit sur le point de se dissiper, non-seulement on s'expose à raviver le mal, mais il est sûr qu'il ne faut alors, pour terminer la cure, que continuer l'usage des bains, des cataplasmes, des lavemens, des boissons rafraîchissantes, et surtout ne permettre aux malades de revenir aux alimens qu'avec les plus grands ménagemens.

L'hépatite aiguë ne se terminerait peut-être jamais par suppuration, si elle était toujours combattue avec l'énergie nécessaire par les saignées générales ou locales; malheureusement il n'y a qu'un très-petit nombre de médecins qui tiennent cette conduite, et cela est d'autant plus fâcheux que les foyers purulens qui se forment dans le foie ne sont que fort rarement accessibles aux moyens chirurgicaux, et que, lors même qu'ils le sont, l'art ne nous offre d'autre ressource que l'ouverture de l'abcès.

Cette opération devra être pratiquée aussitôt que la fluctuation sera manifeste et qu'on aura acquis la certitude que la tumeur qu'on se propose d'ouvrir est réellement une collection de pus. Je fais cette remarque parce qu'il est arrivé qu'on a pris la vésicule du fiel distendue outre mesure par une grande quantité de bile pour un abcès hépatique, et que l'ouverture de cette poche a été constamment suivie de la mort (1).

L'époque d'élection pour opérer, quoique facile à préciser en apparence, ne laisse pas d'être assez embarrassante pour le chirurgien : d'une part, en effet, il faut se hâter d'ouvrir l'abcès pour éviter que l'altération du foie ne devienne plus considérable, et que le pus ne se fraie un passage à l'intérieur; de l'autre, il est nécessaire de temporiser assez pour qu'il s'établisse des adhérences entre le péritoine sus-hépatique et les parois abdominales, sans quoi l'incision pourrait être suivie d'un épanchement mortel. Les principaux signes qui indiquent que le moment d'opérer est venu sont le peu de mobilité de la tumeur et sa saillie égale pendant tous les mouvemens du malade.

On employait autrefois la potasse concrète pour ouvrir les abcès du foie, dans le double but de fortifier l'adhérence que les parties enflammées ont contractée entre elles, et de causer une perte de substance qui empêchât l'ouverture de se fermer trop tôt; mais ce caustique a l'inconvénient de n'agir pour l'ordinaire que sur les tégumens, et de ne pas brûler assez profondément, de sorte qu'il faut avoir recours le plus souvent à l'instrument tranchant pour achever de pénétrer dans le foyer. Cette dernière considération paraît avoir déterminé les praticiens de cette époque à ne se servir que du bistouri. On commence par fendre la peau dans une assez grande étendue; on incise ensuite les tissus sous-jacens avec précaution, couche par couche, afin de ne pas aller au-delà des adhérences qui se sont formées entre la tumeur et les enveloppes du bas-ventre. Si cette incision n'offrait pas, à cause de la profondeur de l'abcès, une voie suffisante pour l'évacuation du pus, on lui donnerait la forme d'un T, en divisant transversalement la lèvre postérieure. Je dis la lèvre postérieure : car, si la seconde incision était faite en devant et portait sur le

(1) Goupil, *Exposition des principes de la nouvelle doctrine médicale*, page 551.

(1) Voyez ce que je dis à ce sujet en parlant des *Maladies des voies d'excrétion de la bile*.

muscle droit, non-seulement on s'exposerait au danger de blesser l'artère épigastrique, mais la suppuration aurait moins de facilité à s'écouler, parce que l'ouverture ne répondrait pas à la partie la plus déclive de l'abcès. L'opération terminée et le pus évacué, on introduit dans la plaie une mèche de linge effilé enduite de cérat; on met par-dessus un plumasseau, et l'on soutient le tout par des compresses et un bandage de corps. Si cependant l'inflammation était encore considérable, on couvrirait la partie d'un cataplasme émollient. Dans certains cas, où le pus était fort abondant, ou était devenu très-fétide et très-irritant, on a retiré de grands avantages de quelques injections émollientes poussées avec ménagement, de peur de blesser la texture délicate et friable du foie. La seule précaution qu'on ait à prendre après la guérison de la plaie, c'est de soutenir pendant quelque temps la cicatrice, afin de prévenir la formation d'une hernie ventrale par ce point affaibli des parois abdominales.

Le traitement de l'hépatite chronique ne diffère de celui de l'hépatite aiguë qu'en ce qu'il doit être beaucoup moins énergique: c'est ainsi que la saignée générale n'est pas indiquée dans ce cas, et qu'il vaut mieux recourir aux émissions sanguines locales souvent réitérées. On applique un petit nombre de sangsues chaque fois; mais il faut y revenir fréquemment. Les lieux où on les met sont l'épigastre, l'hypocondre droit, et la marge de l'anus si l'hépatite succède à la disparition des menstrues ou d'un flux hémorrhoïdal. Les cataplasmes émolliens, la diète, les boissons acidules, les lavemens, les bains tièdes et les purgatifs salins sur la fin (1), sont également indiqués; mais, je le répète, le traitement doit être moins énergique que dans l'hépatite aiguë: il importe de tenir compte de l'ancienneté de la phlegmasie, du degré de dépérissement du malade et du genre de médication qui a déjà été mis en usage. Une chose qu'on ne saurait assez recommander surtout, c'est qu'il ne faut pas insister sur les débilitans. Lorsque, après les avoir employés d'une manière proportionnée aux forces du sujet et à l'intensité du mal, on s'aperçoit qu'ils ne produisent aucune amélioration sensible, il est prudent d'y renoncer. L'art nous offre d'ailleurs alors une ressource puissante qu'on aurait tort de négliger: je veux parler des moxas, des cautères ou des sétons appliqués sur la région hypocondriaque droite; ces moyens sont quelquefois suivis des plus heureux résultats.

(1) C'est surtout lorsque l'hépatite chronique n'est pas très-ancienne, qu'il y a lieu de présumer que le tissu hépatique n'est pas désorganisé, et qu'on a suffisamment combattu l'irritation gastrique, si toutefois elle existe, que les légers purgatifs salins, tels que l'acétate de potasse, le sulfate de soude, etc., peuvent être utiles. La meilleure manière de les administrer alors consiste à leur donner pour véhicule les bouillons, les apozèmes avec les plantes apéritives et amères, ou à les faire prendre conjointement avec les sucs dépurés des plantes borraginées, chicoracées, etc.

L'une des principales causes du peu de succès qu'on a obtenu jusqu'ici dans le traitement de l'hépatite chronique, c'est qu'on a l'habitude de la combattre par une foule de remèdes, tels que *le proto-chlorure de mercure, le diagrède, la gomme gutte, l'extrait de trèfle d'eau, le carbonate de potasse, la scille, l'hellébore, la rhubarbe, la térébenthine, les savonneux*. Ces substances médicamenteuses, qui figurent toutes en première ligne parmi les agens thérapeutiques qu'on appelle *fondans, désobstruans*, etc., ont pour propriété spéciale d'irriter fortement les voies digestives, et par cela même ne peuvent être que nuisibles.

Les emplâtres de Vigo, ceux de ciguë, tous ces emplâtres, en un mot, préconisés sous le titre de fondans, n'ont jamais peut-être produit une modification avantageuse.

Les vésicatoires volans, conseillés par quelques médecins, sont des moyens trop peu actifs pour être utiles (1).

Les eaux minérales, enfin, tant vantées même de nos jours, ne sont en général que d'un faible secours. Prises à l'intérieur, elles n'agissent qu'en stimulant la membrane muqueuse gastro-intestinale. Employées sous forme de bains, elles n'ont d'autre effet que d'augmenter les fonctions de la peau. On voit qu'il n'est guère possible de compter sur l'efficacité de ce moyen thérapeutique. Si l'on jugeait à propos néanmoins d'en faire usage, il faudrait donner la préférence aux eaux qui contiennent beaucoup d'acide carbonique ou des hydrosulfures (2), ne les ordonner que de temps à autre, et avoir soin de s'arrêter avant qu'elles ne déterminent la diarrhée.

L'observation des règles de l'hygiène est de la plus grande importance dans le traitement de l'hépatite chronique. C'est en vain qu'on aura recours aux émissions sanguines, aux topiques émolliens, aux cautères ou aux moxas: tous ces moyens échoueront si l'on n'en seconde l'action par un régime bien entendu. Je ne dis pas qu'il faille toujours prescrire une diète sévère: la diète n'est de rigueur que lorsqu'il survient une exacerbation, et que cette exacerbation surtout s'accompagne de vomissement; mais on ne doit permettre que des alimens légers et pris dans le règne végétal. La nature semble elle-même indiquer quel est le genre d'alimentation qui convient le mieux en pareille occurrence. On sait que le goût des substances acidules, des fruits, est presque un symptôme des affections chroniques du foie; les boissons que les malades prennent avec le plus de plaisir sont celles qui ont une saveur acide, telles qu'une limonade faible, l'eau de groseille, de cerises,

(1) Je ne parle pas ici de la conduite qu'il convient de tenir lorsque l'hépatite chronique se termine par suppuration, parce que cette conduite est absolument la même que celle que l'on tient à l'occasion des abcès qui surviennent à la suite de l'inflammation aiguë du foie.

(2) Telles que celles de Vichy, de Bourbon, d'Archambault, d'Enghien, etc.

l'orangeade, etc. La marche qu'on a à suivre se trouve donc toute tracée ; le médecin n'a autre chose à faire qu'à ne pas s'en écarter.

On recommandera également l'usage journalier d'un exercice modéré. Quant aux voyages sur mer ou dans une voiture rude, et au passage d'un pays chaud dans un pays plus froid, comme il est impossible qu'un individu s'y abandonne sans que son régime en souffre beaucoup, cet inconvénient suffit seul pour contrebalancer les faibles avantages qu'on pourrait en retirer. « Les voyages, dit M. Ferrus, comme moyen de distraction, ont été réunis aussi au traitement des maladies chroniques du foie par les auteurs qui ont cru que l'altération de cet organe était la cause spéciale de l'hypocondrie. Dans l'état actuel de la science, si l'on recommande encore les soins moraux dans l'hépatite chronique, comme on le fait d'ailleurs dans toute autre maladie longue, c'est que l'on est persuadé qu'en activant les fonctions du cerveau, et en les dirigeant sur des objets étrangers à la maladie, on dispose l'individu à se croire moins malade : espérer de guérir, c'est travailler soi-même à sa guérison (1). »

CONGESTIONS SANGUINES PASSIVES DU FOIE.

Les congestions sanguines qui se forment dans le foie ne sont pas toutes actives, ou, en d'autres termes, ne dépendent pas toutes de l'irritation de ce viscère. Il en est quelques-unes qui sont vraiment passives : celles, par exemple, qui se développent sous l'influence d'un obstacle à la circulation doivent être regardées comme telles ; le sang s'accumule alors dans le parenchyme hépatique, non pas parce qu'il y est provoqué par une cause irritative, mais parce que, la circulation veineuse se trouvant ralentie, il est obligé d'y séjourner. Le foie est de toutes les parties du corps humain celle qui est la plus disposée à ces sortes d'engorgemens. On se rendra facilement compte de cette circonstance si l'on réfléchit que son tissu est mou, très-perméable, que l'artère hépatique et la veine porte lui apportent beaucoup plus de sang que les veines hépatiques ne lui en ôtent, et que d'ailleurs il reçoit proportionnellement une plus grande quantité de ce fluide que les autres viscères.

Les obstacles au cours du sang qui occasionnent le plus souvent les congestions sanguines qui nous occupent sont ceux qui ont leur siége dans le cœur ou dans les gros vaisseaux ; viennent ensuite ceux qui résultent de l'engorgement des poumons par des tubercules, d'un épanchement de sérosité dans la poitrine ou dans l'abdomen, d'une induration de la rate, d'une tumeur située dans le mésentère, l'épiploon, etc.

On a remarqué que le foie est presque toujours, chez les scorbutiques, augmenté de volume et d'une teinte rouge uniforme. Quand on le coupe, le sang ruisselle de toute part. Rien n'autorise à penser que les congestions de cette nature proviennent d'un travail inflammatoire ; elles sont dues, suivant moi, à ce que, d'une part, le sang, qui, comme on sait, est d'une fluidité extrême dans le scorbut, pénètre plus aisément dans les petits vaisseaux, et à ce que, de l'autre, ces mêmes vaisseaux, frappés d'une débilité profonde, se déchirent avec la plus grande facilité.

Les congestions sanguines qui s'opèrent dans le parenchyme hépatique, par suite du scorbut ou d'un obstacle au cours du sang doivent donc être considérées comme passives. Y a-t-il d'autres maladies qui puissent produire des engorgemens hépatiques analogues ? je ne le crois pas ; du moins je n'ai rien rencontré dans les auteurs et mon expérience ne m'a rien appris qui pût me le faire présumer.

Lorsque le foie devient le siége d'une congestion sanguine passive, ce viscère peut se gonfler assez pour qu'on le sente bien au-dessous des fausses côtes droites et à l'épigastre. La tumeur présente une surface lisse, sans blessures, sans enfoncement ; il n'y a ni douleur, ni trace d'ictère ; quelquefois, cependant, les malades accusent une sensation pénible, une sorte de pesanteur vers l'hypocondre. Les engorgemens sanguins dont il s'agit ici ne prennent pas toujours la marche continue ; il n'est pas rare de les voir se former très-rapidement et se dissiper avec autant de promptitude qu'ils s'étaient formés, pour reparaître et disparaître de nouveau, suivant que l'état morbide qui les occasionne augmente ou diminue d'intensité. Ces congestions intermittentes ne s'observent que dans les affections organiques du cœur ou des gros vaisseaux.

Les intumescences passives du foie ne peuvent guère, comme on voit, être confondues avec celles que l'irritation hépatique détermine : car, lorsque cette irritation est légère, l'organe qui sécrète la bile est peu ou point augmenté de volume, et quand elle a pris les caractères de l'hépatite des auteurs, ces mêmes caractères suffisent toujours pour différencier les congestions qui se forment alors dans le tissu du foie, de celles qui se trouvent liées soit au scorbut, soit à un obstacle au cours du sang.

On se rappelle que j'ai avancé que les congestions hépatiques qui dépendent d'un obstacle au cours du sang peuvent devenir cause de l'irritation du foie. Les congestions de ce genre qui me paraissent les plus susceptibles d'un semblable résultat sont celles qui se manifestent pendant le cours d'une affection organique du cœur ou de l'un des gros troncs artériels.

Les maladie qui produisent les congestions passives du foie sont toutes incurables ; la plupart même entraînent avec elles un état tel de l'économie, qu'on doit considérer alors l'accumulation du sang dans le parenchyme hépatique comme une circonstance de fort peu d'intérêt. Il n'y a, selon moi, que les cas où le foie se tuméfie pendant le cours d'une lésion du cœur ou de ses annexes qui fassent exception et qui méritent une attention particulière. Les affections du cœur, en effet, peuvent exister longtemps sans occasionner la mort, et

---

(1) *Dictionnaire de médecine*, en 18 volume tome XII, page 69.

sans qu'aucun autre organe éprouve une altération marquée de nutrition. Or, on conçoit facilement que, si sous leur influence une congestion sanguine se formait dans le foie et déterminait une hépatite, cette dernière serait une complication très-fâcheuse qui ne pourrait qu'accélérer beaucoup leur marche et par conséquent leur terminaison funeste. Pour prévenir, au surplus, un pareil accident, il ne faut que traiter convenablement la maladie qui donne lieu au rallentissement de la circulation veineuse, et l'attaquer surtout avec énergie chaque fois qu'elle s'exaspère : moyennant cela, on réussira presque toujours à dégorger le parenchyme hépatique, et à empêcher que le sang ne s'y ramasse de nouveau en trop grande quantité.

HÉMORRHAGIES HÉPATIQUES.

Lorsque le foie est devenu le siége d'une inflammation aiguë plus ou moins forte, ou d'une congestion passive, il arrive quelquefois qu'un ou plusieurs des vaisseaux artériels ou veineux qui entrent dans sa structure se rompent ; et alors, ou le sang, après s'être épanché dans l'intérieur du parenchyme hépatique, s'y creuse une cavité et y séjourne (1), ou il a achevé de déchirer ce parenchyme et se répand dans le bas-ventre (2), ou bien enfin il se fraie une route dans les canaux excréteurs de la bile, gagne le duodénum, et est ensuite rejeté par les vomissemens ou par les selles (3).

Dans les deux premiers cas, l'hémorrhagie qui nous occupe n'a jamais été reconnue qu'après la mort, et dans le dernier, on ne peut qu'en soupçonner l'existence pendant la vie, car nous ne possédons aucun moyen de distinguer si le sang qui est expulsé par le tube digestif provient de l'appareil biliaire ou de la membrane muqueuse gastro-intestinale.

ASTHÉNIE HÉPATIQUE.

On ne saurait douter qu'il n'y ait un état morbide qui mérite le nom d'asthénie hépatique ; mais personne n'a jusqu'ici déterminé les signes qui caractérisent cet état, ou, pour mieux dire, personne ne l'a tenté, parce que cette question a paru insoluble. Ne serait-il pas possible cependant de jeter quelques lumières sur ce point de pathologie ? Puisqu'il est généralement reconnu, par exemple, que l'accroissement de la fonction d'un tissu dénote que la vitalité de ce tissu se trouve augmentée, ne pourrait-on pas admettre que la diminution ou la suspension de la sécrétion biliaire doit être l'un des effets immédiats de l'asthénie hépatique, et dès lors ne serait-on pas naturellement conduit à regarder les symptômes qui résultent de l'absence de la bile dans les voies digestives comme indiquant un état d'atonie du foie ? Pour moi, je suis de cet avis ; je n'hésite pas même à avancer qu'en procédant de la sorte on arriverait certainement à la connaissance de quelques-uns des signes dont il s'agit. On peut m'objecter, je le sais, que la diminution ou la suspension de la sécrétion biliaire a lieu également dans l'hépatite aiguë ou chronique ; mais dans ce cas les phénomènes qui en dépendent coexistent soit avec ceux que j'ai démontrés appartenir à la gastro-hépato-péritonite aiguë, soit avec ceux qui annoncent une dégénérescence du foie, tels que l'augmentation considérable du volume de cet organe, son endurcissement, les bosselures de sa surface, etc. Dans le cas qui nous occupe, au contraire, ces phénomènes existeraient seuls, et cette circonstance ne permettrait pas de les confondre avec le précédent. Ainsi donc, dans mon opinion, un individu dont la langue serait large, humide, point rouge sur les bords ; qui n'aurait pas de fièvre, qui n'éprouverait pas de douleur dans l'hypocondre droit, qui ne serait porteur d'aucune lésion organique du foie, et qui néanmoins digérerait mal, n'aurait pas d'appétit, se plaindrait de flatulence, de dégoûts, de nausées, de rapports de différens genres, accuserait la sensation d'un poids dans la région de l'estomac, et chez qui les matières fécales seraient grisâtres, décolorées, semblables à de l'argile, cet individu devrait être considéré comme étant atteint d'une asthénie hépatique. Remarquez bien que je ne dis pas que j'ai vu un individu tel que celui-là ; mais je suis persuadé que nous ne conserverions pas le plus léger doute sur la possibilité des cas de cette espèce, si, moins préoccupés des maladies irritatives du foie, nous nous étions livrés à des recherches plus sérieuses sur l'état asthénique de ce viscère.

Lorsque, par suite de l'affection dont il s'agit ici, la sécrétion biliaire, au lieu d'être totalement suspendue, ne se trouve que diminuée, tout porte à présumer qu'il s'opère quelque changement dans la composition de la bile. Mais il n'est pas en notre pouvoir d'apprécier pendant la vie la nature et les effets de ce changement ; seulement il est probable qu'une bile moins colorée, moins stimulante que celle de l'état physiologique, rendrait plus prononcés les dérangemens qu'entraîne la diminution de la sécrétion de ce fluide.

Quelques auteurs ont établi que l'asthénie hépatique est susceptible de produire l'ictère. Mais cette manière de voir me paraît vraiment inadmissible : d'abord, elle repose sur une pure hypothèse (la présence des matériaux de la bile dans le sang normal (1)) ; d'un autre côté, je prouverai plus bas que la jaunisse ne se développe que

(1) On trouve un cas de cette espèce dans les *Mémoires ou Recherches anatomico-pathologiques* de M. Louis, page 381.

(2) L'observation de M. S...., que M. Andral a consignée dans sa *Clinique*, est un exemple fort remarquable de ce genre d'hémorrhagie du foie. (T. IV, p. 13.)

(3) On doit ranger dans cette catégorie plusieurs cas rapportés par les auteurs sous le nom d'*hépatirrhée*.

(1) Les écrivains qui mettent l'ictère au nombre des symptômes de l'asthénie hépatique se fondent, en effet, sur ce que, le foie ne séparant plus alors du sang les principes de la bile dans leurs proportions ordinaires, ces principes se répandent dans nos tissus et les colorent en jaune. (Andral, *Clinique médicale*, tome IV, p. 47.)

tout autant que les absorbans du foie sont doués d'une activité plus grande que de coutume, et que par conséquent le parenchyme hépatique est surexcité (1).

Quoi qu'il en soit, du reste, à l'égard de ce dernier point, je me crois autorisé à penser que la théorie que je propose est ce qu'on a émis de plus vraisemblable sur la nature, le nombre, le mode de production des désordres qui accompagnent l'asthénie hépatique. Cela posé, ne serait-ce pas le cas d'imiter les médecins anglais, et de chercher à rétablir alors le cours de la bile 1° en irritant par des purgatifs convenablement employés la membrane muqueuse intestinale ; 2° en donnant le mercure-doux, qui, d'après eux, exerce une action particulière sur l'action du foie.

Je suis loin d'attribuer, certes, à ces médicamens toutes les propriétés que leur supposent nos confrères d'outre-mer; mais j'ai la conviction qu'administrés en pareille occurrence, ils détermineraient sur la membrane muqueuse alimentaire une irritation qui, transmise au foie, serait éminemment propre à remonter le ton de ce viscère.

ATROPHIE DU FOIE.

L'organe qui secrète la bile peut éprouver une diminution considérable de volume. Stork parle d'un individu chez qui il avait à peine la grosseur du poing, *vix æquabat pugni magnitudinem ;* Riolan assure avoir rencontré un foie qui n'était pas plus gros que le rein ; d'autres en ont vu de plus petits encore.

Les faits de cette nature qu'on trouve dans les auteurs prouvent que la diminution du volume du foie est dans certaines circonstances le résultat de l'irritation de ce viscère, mais que le plus communément elle provient soit de la diminution ou de la cessation de son action organique, soit d'un obstacle à sa nutrition apporté par une cause mécanique.

Lorsque le foie, par suite d'une phlegmasie chronique dont il est atteint, perd de sa grosseur et de son poids, il est tantôt ramolli, tantôt endurci, et quelquefois inégal, comme granuleux à sa surface. Les observations n. 19, 20 et 21, que M. Andral a consignées dans son ouvrage, nous fournissent des exemples remarquables de ce genre d'affection (1).

Lorsqu'au contraire il se rappetisse sous l'influence d'un obstacle à sa nutrition ou d'un état véritablement asthénique de son parenchyme, sa contexture organique n'offre aucun changement appréciable. Ce n'est qu'aux cas de cette dernière espèce qu'il convient d'affecter le nom d'*atrophie du foie*. Le donner, en effet, aux dégénérescences hépatiques qui s'accompagnent de la diminution du volume de la partie où elles ont leur siége, serait s'écarter à la fois de l'étimologie et de l'acception généralement reçue du mot *atrophie*, qui, par opposition à celui d'*hypertrophie*, exprime simplement cet état particulier d'un tissu qui, bien qu'ayant perdu de sa grosseur et de son poids, ne présente aucune altération dans sa structure intime.

L'atrophie hépatique proprement dite, ou en d'autres termes, la diminution du volume du foie, qui ne dépend pas d'un travail inflammatoire, peut être générale ou partielle. Les obstacles qui la produisent le plus souvent sont 1° le développement accidentel des organes qui entourent le foie et qui alors le compriment dans toute son étendue; 2° une pression extérieure exercée habituellement sur la région hypocondriaque droite. « L'usage des corsets chez les femmes, en diminuant le diamètre de la poitrine, pousse vers ses extrémités, et particulièrement vers l'inférieure, les organes qu'elle contient. Chez elles, le foie dépasse souvent de plusieurs pouces les dernières côtes, et celles-ci impriment sur la face supérieure de cet organe un sillon plus ou moins profond. Cette compression, exercée longtemps, peut nuire au développement total du foie, et la disposition anatomique qu'elle produit ne doit jamais être oubliée dans l'exploration de l'abdomen. La dissection des corps des individus dont la profession exige l'emploi d'instrumens qu'on appuie sur la région épigastrique donnerait peut-être quelques autres exemples d'atrophie partielle du foie. (1) »

J'ai avancé également que la diminution ou la cessation de l'action du foie est susceptible d'occasionner son atrophie; mais il est fort difficile, comme on vient de le voir dans l'article précédent, de préciser les cas où ce viscère est réellement frappé d'asthénie, et si j'ai admis cet ordre de causes, c'est moins sur des faits positifs que sur des probabilités.

CALCULS BILIAIRES.

La connaissance des calculs biliaires remonte pour ainsi dire à l'origine de l'art. Depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, il n'est peut-être pas un auteur distingué qui ne parle de pierres ou de concrétions calcaires qu'on a rencontrées soit dans le foie, soit dans ses annexes.

Les calculs qui occupent le foie proprement dit se développent tantôt dans les conduits excréteurs plongés dans le tissu de cette glande, tantôt dans le parenchyme hépatique lui-même. Ruisch assure n'avoir jamais vu de calculs de cette dernière espèce ; mais les observations de M. Portal ne permettent pas de révoquer en doute leur existence. Vurzer parle d'une autre variété de calculs appartenant au foie, qu'il a eu occasion d'observer dans le cadavre d'un homme de cinquante ans. Les pierres, au nombre de deux et renfermées dans un kyste à parois très-dures, sans communication avec la vésicule et situé sous le lobe de Spigel, étaient grisâtres, dures, lamelleuses, sans odeur ni saveur, pesant l'une quatorze grains, l'autre neuf, et composées de carbonate de chaux et d'un peu de matière animale.

(1) Voyez l'article *Ictère* au sujet de cette assertion et de la précédente.

(2) Morgagny en rapporte aussi plusieurs. Voyez à ce sujet les lettres 22e, art. 4 ; 64e, art. 7 ; 36e, 38e, etc.

(1) *Dictionnaire de médecine* en 18 volumes, tome IX, page 205.

Les calculs biliaires qu'on trouve ailleurs que dans le foie sont logés dans la vésicule du fiel ou dans les canaux cystique et cholédoque. L'opinion générale est également que la plupart des pierres de l'estomac ou de l'intestin ne sont que des calculs biliaires qui ont passé de la vésicule ou des canaux que je viens de nommer dans les voies digestives.

Le volume des calculs du foie ne dépasse guère celui d'un petit pois ; on en a vu cependant de la grosseur d'un œuf de pigeon, et Walter prétend en avoir rencontré qui avaient depuis dix jusqu'à quinze lignes de diamètre. Lorsque ces sortes de concrétions ont acquis de pareilles dimensions, elles sont presque toujours contenues dans une poche particulière, un véritable kyste. Les pierres hépatiques sont ordinairement multiples ; leur nombre peut être même extrêmement considérable. Thulésius dit que dans l'espace de neuf ans il sortit d'un abcès du foie, qui s'était ouvert à l'extérieur, de cinq à six cents petits calculs. J'ai moi-même vu un individu qui, à la suite d'un abcès semblable, en rendit une grande quantité dans l'espace de quatre ou cinq mois par une ouverture qu'on avait pratiquée dans la région hypocondriaque droite.

Les corps de cette nature que renferment la vésicule ou les canaux cystique et cholédoque sont aussi le plus souvent multiples et plus ou moins variables sous le rapport de leur volume.

La forme des calculs hépatiques est en général ronde. Les pierres des canaux cystique et cholédoque ressemblent quelquefois à un pois, à une olive; d'autres fois, elles sont triangulaires ou rétrécies et alongées à leur extrémité la plus rapprochée du duodénum. Quant à celles de la vésicule, s'il n'y en a qu'une, elle est le plus communément sphérique. S'il y en a plusieurs, la pression et le contact les rendent prismatiques, cubiques, quadrilatères, etc.; leur surface, presque toujours lisse, est dans certains cas surmontée d'inégalités, de lignes plus ou moins saillantes ou de tubercules. Richter a décrit un calcul de la vésicule qui avait la forme de ce réservoir, mais qui était deux fois plus volumineux que ne l'est cette poche dans son état naturel (1).

Les calculs biliaires sont pour ainsi dire susceptibles d'affecter toutes les couleurs. Morand (2) parle d'une pierre de ce genre dont la surface extérieure était luisante, d'un blanc sale. On en a vu de grisâtres, de rouges, de bleues, de transparentes comme du cristal, de brillantes comme une escarboucle, de jaunes comme du safran, de vertes comme des émeraudes, d'opaques, de rayonnées en diverses couleurs ou par des couches lamellées.

La consistance de ces sortes de pierre varie également beaucoup : certaines sont très-dures; d'autres, friables, se réduisent facilement, quand on les touche, en petits fragmens ; il en est qui tombent en poussière au moindre contact. Les couches extérieures sont pour l'ordinaire plus solides que celles du centre; les unes et les autres sont quelquefois molles comme de la cire ; Koehler a vu un calcul dont le centre offrait une cavité remplie en partie par une masse savonneuse; il était revêtu d'une écorce qui ressemblait tant par la couleur que par la consistance à de la cire blanche.

D'après M. John, on obtient des pierres biliaires chez l'homme de l'adipocire cristallisée, de la matière jaune de la bile, un principe biliaire sucré, une matière grasse et verte, une matière jaune soluble dans l'eau, de l'oxyde de fer, du phosphate de chaux, du carbonate de chaux, des sels alcalins, une matière noire, de l'eau. M. Chevreuil n'a retiré des calculs biliaires qu'il a analysés qu'une matière blanche cristalline, analogue à l'adipocire, qu'il a nommée *cholesterine*, une matière jaune et une petite quantité de picromel. M. Caventou a rencontré le picromel dans une pierre du poids de 12 à 13 décagrammes. M. Thénard, au contraire, l'a cherché inutilement; il pense que les calculs qui nous occupent sont formés de 88 à 94 pour cent de cholestérine, et de 6 à 12 de principe colorant ou matière jaune de la bile. Les travaux des chimistes n'ont pas eu, comme on voit, des résultats parfaitement identiques ; mais on peut en conclure cependant que la cholestérine et la matière jaune font la base de tous les calculs biliaires.

La plupart de ces corps qu'on trouve hors du foie viennent de cet organe; il n'y en a qu'un très-petit nombre qui se développent primitivement dans la vésicule ou dans les canaux avec lesquels ce réservoir communique.

Des observations bien circonstanciées prouvent que les calculs biliaires peuvent se former et acquérir un volume très-considérable sans produire un trouble sensible dans les fonctions. Mais, si l'on en croit les médecins qui ont écrit sur les maladies du foie, il n'en est que rarement ainsi. Suivant eux, les personnes qui ont des pierres biliaires commencent généralement par digérer les alimens avec beaucoup de difficulté; leur bouche est amère ; leur salive abondante, surtout si le pancréas est atteint de quelque engorgement. Elles ont quelquefois de l'inappétence, d'autres fois un appétit dévorant, et éprouvent même de la faim peu de temps après avoir mangé. Quand la maladie est plus avancée, des tiraillemens, des douleurs, se font ressentir dans la région épigastrique, au-dessous du cartillage xiphoïde, et se renouvellent au commencement du repas, ou lorsqu'on est resté plusieurs heures sans rien prendre, et que l'estomac est vide d'alimens. Bientôt après, des douleurs plus ou moins fortes, constantes, longues ou passagères, se déclarent dans l'hypocondre droit. Les vents ou les gaz, ramassés dans les intestins, les distendent au point qu'il y a des coliques très-vives. Les garde-robes perdent leur régularité ; elles sont tantôt trop fréquentes, tantôt très-rares, bilieuses, liquides, sèches ou dures. La jaunisse survient souvent, mais c'est principalement quand les calculs obstruent le conduit hépatique ou le canal cholédoque que ce fait a lieu.

(1) *Dictionnaire de médecine* en 18 volumes, tome IV, page 60.

(2) *Académie des sciences*, 1741, pages 261 et 351.

Tels sont les symptômes qui, assure-t-on, dénotent la présence d'un ou de plusieurs calculs dans l'appareil biliaire. Mais outre que ces symptômes n'appartiennent pas tous à l'irritation du foie, et qu'il en est beaucoup parmi eux qui expriment une phlegmasie des organes digestifs, je ferai remarquer qu'on n'est nullement en droit d'établir que les douleurs violentes dans l'hypochondre, la tension, le gonflement de cette partie, sont occasionnés par les corps qui nous occupent, car ces divers phénomènes morbides se manifestent également quand l'hépatite dépend des causes qui la produisent ordinairement. Ainsi donc, tant que les malades n'offrent que les signes renfermés dans le tableau que je viens de tracer, rien n'autorise à penser qu'ils ont des calculs biliaires. Lorsque ces calculs se font jour à l'extérieur, doit-on leur attribuer les dérangemens avec lesquels leur expulsion coïncide? Voici quelle est mon opinion à cet égard: quand des pierres biliaires sont rendues par les selles ou par les vomissemens, on n'est fondé à avancer qu'elles ont déterminé les désordres qu'on observe en pareille occurrence que pour autant que les symptômes de l'hépatite ont paru les premiers. Or, je prouverai dans l'article suivant que, si les choses se passent de cette manière quelquefois, ce ne saurait être que fort rarement. Je vais plus loin : lorsque des calculs sortent par l'ouverture naturelle ou artificielle d'un abcès à l'hypocondre, il n'est permis d'affirmer qu'ils ont produit cet abcès que dans les cas où l'inflammation a commencé par le tissu hépatique. Si, au contraire, elle a débuté par la muqueuse gastro-intestinale, la présence d'un ou de plusieurs calculs dans l'organe qui sécrète la bile ne doit être considérée que comme une circonstance fortuite ou simplement adjuvante.

Les calculs qui passent du foie dans le canal intestinal peuvent oblitérer ce dernier s'ils sont gros ou si les matières fécales s'agglomèrent et se durcissent autour d'eux. Dans ce cas comme dans les précédens on n'est sûr qu'il existe des pierres biliaires qu'après qu'on les a vues; mais ici, du moins, quand on les a vues, on ne peut rapporter à une autre cause les accidens qui accompagnent leur expulsion. Les obstructions intestinales de ce genre se terminent toujours par la mort lorsque la nature ou la médecine ne parviennent pas à les détruire (1). Mais si par un moyen quelconque on réussit à déplacer les corps qui bouchaient le canal digestif, et à les faire sortir par l'anus, les souffrances cessent pour ainsi dire sur-le-champ.

J'ai dit que les calculs biliaires peuvent se former et acquérir un volume considérable sans produire un trouble sensible dans les fonctions. J'ajouterai que souvent ils n'entraînent aucune altération matérielle ou de structure du foie. Il arrive presque toujours aussi qu'on n'aperçoit pas le moindre changement dans les propriétés physiques ou dans la composition de la bile.

Les femmes, les hommes de cabinet, en général les personnes qui mènent une vie sédentaire, sont plus sujettes aux calculs biliaires que celles qui font beaucoup d'exercice ou qui se livrent à des travaux pénibles. Sandorf assure que les individus très-gras en souffrent plus souvent que ceux qui sont maigres. Haller et Soemmering prétendent que les prisonniers en sont très-fréquemment atteints. Hoffmann a cru remarquer qu'ils se développent principalement chez les personnes âgées, et Walter va jusqu'à établir presque comme une loi qu'on ne les observe pas chez l'homme avant trente ans. Mais cette règle souffre de nombreuses exceptions : car Walter lui-même parle d'une femme de vingt-cinq ans chez qui on trouva vingt-huit calculs biliaires ; et Beverhoyt en a rencontré chez une fille de vingt-quatre ans, sur le corps d'un enfant de treize ans, et même chez un sujet beaucoup plus jeune.

Une chose sur laquelle les pathologistes n'ont pas insisté, ou de laquelle, du moins, ils n'ont tiré aucune conséquence, c'est que tous les malades qui rendent des calculs biliaires par les selles ou par les vomissemens souffrent depuis longtemps de coliques intestinales et de douleurs à l'hypocondre droit. Or, comme chez presque tous ces individus les coliques intestinales ont constamment paru les premières, et s'étaient déjà renouvelées plusieurs fois quand l'hypocondre est devenu douloureux, on peut avec assez de raison penser que les calculs se sont développés alors sous l'influence de l'irritation qui a été transmise au foie par les voies digestives. Il n'en est pas de même pour les pierres biliaires qui ne se font pas jour à l'extérieur, et qui ne déterminent aucun trouble sensible dans les fonctions. Je sais bien qu'on pourrait alléguer, à la rigueur, que l'irritation hépatique bornée à son premier degré préside à leur formation; mais ce ne serait là qu'une hypothèse : mieux vaut avouer franchement que nous ignorons quel est dans cette circonstance le mécanisme de leur production.

Les médecins de tous les temps ont administré une infinité de remèdes aux individus atteints de calculs

(1) Un homme âgé de soixante ans, et qui n'avait jamais eu de maladies graves, éprouva des étouffemens accompagnés de toux, dont l'intensité alla toujours en augmentant, ce qui ne l'empêcha pas de se livrer à un travail pénible. Il commença subitement à vomir dans la nuit du 24 janvier 1827 ; un peu de dévoiement survint, mais ne tarda pas à être remplacé par une constipation opiniâtre. Les vomissemens se renouvelèrent, devinrent de plus en plus fréquens. Le malade dépérit rapidement ; il entra, à l'infirmerie, le 30 janvier, et mourut après avoir constamment vomi, sans que la constipation eût cessé, et après avoir présenté les symptômes de la gastro-entérite. Le ventre était en outre plat en bas, et tuméfié dans la région épigastrique. A l'autopsie, on trouva les marques d'une violente gastro-entérite, et de plus un calcul biliaire ayant un pouce trois lignes de hauteur et un pouce deux lignes de largeur. Ce calcul, engagé dans le jéjunum, l'obliterait entièrement. La vésicule biliaire était squirrheuse ; le tissu cellulaire qui l'unissait au foie était le siége d'une suppuration chronique. (*Annales de la médecine physiologique*, août 1827, 8e numéro).

biliaires. Les uns, sans trop connaître la nature et la composition de ces calculs, ont cherché les moyens de les dissoudre, et ont préconisé pour cela les solutions de muriate d'ammoniaque, de sous-carbonate de potasse, d'acétate de potasse, etc. Les autres, croyant avoir observé que les pierres biliaires qui se forment chez les animaux, et particulièrement chez les bœufs, ne se rencontraient que pendant l'hiver, au printemps, et disparaissaient en été, ont attribué la disparition de ces corps au changement de nourriture, à l'influence des herbes fraîches, et ont recommandé en conséquence les alimens végétaux, les sucs extraits du pissenlit, du trèfle d'eau, de la chicorée, de la fumeterre, de la saponaire, du cerfeuil, etc.; la décoction de ces mêmes plantes; les fruits bien mûrs, tels que les pommes, les poires, le raisin, etc. D'autres enfin, dans le but de provoquer l'expulsion des calculs dont il s'agit, ont prescrit les purgatifs, les éméto-cathartiques, tous les prétendus fondans, et notamment le remède de *Durande*, qui est un mélange de trois parties d'éther sulfurique et de deux parties d'huile essentielle de térébenthine.

Pour moi, je n'hésite pas à avancer que les pierres biliaires n'exigent pas de traitement particulier. Si l'on réfléchit, en effet, 1° que l'existence de ces pierres ne peut être constatée que lorsqu'elles se font jour à l'extérieur; 2° que ce n'est que fort rarement qu'on est alors en droit de leur attribuer les accidens avec lesquels leur expulsion coïncide; 3° que, dans cette dernière hypothèse, les médicamens qu'on dirigerait contre elles ne pourraient qu'exaspérer la maladie qu'elles ont occasionnée, et qui est, comme on sait, une irritation très-vive du foie et de la membrane muqueuse gastro-intestinale; si l'on réfléchit, dis-je, à ces diverses circonstances, on restera convaincu qu'il est beaucoup plus rationnel de combattre l'affection que je viens de nommer que de s'occuper de corps que nous n'avons d'ailleurs aucun moyen de dissoudre ou d'expulser. Non-seulement les agens thérapeutiques dont j'ai parlé plus haut ne jouissent ni de l'une ni de l'autre de ces propriétés, mais la plupart sont des stimulans très-énergiques et qui par cela seul doivent être rejetés.

COLIQUE HÉPATIQUE.

L'opinion la plus généralement répandue sur le mode de production de la colique hépatique est qu'elle reconnaît toujours pour cause des pierres qui, logées dans le foie ou dans ses annexes, tendent à passer dans le duodénum. D'après cela, il est clair qu'on ne doit désigner sous le nom de colique hépatique que les cas où l'appareil biliaire est primitivement affecté. Or si l'on examine avec attention les observations qui portent ce titre dans l'ouvrage de M. Portal (1), on ne tardera pas à s'apercevoir que, dans toutes celles qui ont reçu un développement convenable, ou dont on peut du moins tirer quelque conséquence, les dérangemens avaient commencé par la membrane muqueuse digestive. Les premiers phénomènes morbides qui se manifestèrent chez le président *Dormesson*, ainsi que chez Madame *Noël* et *l'abbé Bonafos* (1), provenaient d'une lésion du tube alimentaire; ce ne fut que par la suite que la région hypocondriaque droite devint douloureuse. Que conclure de là? que l'état morbide qui nous occupe n'existe pas? Non certes, car rien ne s'oppose à ce que des pierres renfermées dans le foie n'irritent cet organe et ne déterminent *une douleur plus ou moins gravative, lancinante ou piquante, sans fièvre aiguë, qui a son siége principal dans l'hypocondre droit, et qui s'étend du parenchyme hépatique dans les parties voisines, l'estomac, le colon, etc.* (2). Mais ce qu'on ne saurait s'empêcher de m'accorder, c'est que nous ne possédons peut-être pas un seul fait d'où l'on puisse déduire rigoureusement l'existence de cet état morbide. Que si l'on me demande maintenant quelle est la maladie avec laquelle on l'a confondu si souvent, je répondrai que les auteurs ont donné le titre de colique hépatique à diverses affections, mais que l'espèce d'irritation intestinale qu'on appelle vulgairement *colique* me paraît l'avoir reçu toutes les fois que, par ses retours fréquens et le degré d'intensité qu'elle avait acquis, elle s'était propagée à l'appareil biliaire, et qu'à cette circonstance se joignait celle de l'expulsion de calculs par les selles ou par les vomissemens.

M. Andral a publié dernièrement que la colique hépatique n'est autre chose, dans certains cas, qu'une névralgie ayant son siége dans le plexus hépatique. Cette manière de voir, si elle était fondée, apporterait nécessairement quelques modifications à celle d'après laquelle je viens d'argumenter; mais, sans nier la possibilité des névralgies du foie, je ferai observer qu'elles sont entièrement inconnues, et qu'une théorie qui reposerait sur une pareille base ne serait qu'une pure hypothèse (3).

DU MODE DE PRODUCTION DE L'ASCITE A LA SUITE DES MALADIES DU FOIE.

L'ascite n'est point une maladie du foie; mais comme elle se développe très-souvent pendant le cours des affections de ce viscère, je suis bien aise de dire ici quel est dans ce cas son mode de production. Lorsqu'un individu, après avoir présenté tous les signes d'une hépatite aiguë, devient hydropique, il est clair que l'épan-

(1) C'est-à-dire non-seulement les faits de ce genre qu'il a recueillis lui-même, mais la presque totalité de ceux que les auteurs nous ont transmis.

(1) *Maladies du foie*, pages 171, 172, etc.

(2) C'est la définition que M. Portal donne de la colique hépatique. (Ouvrage cité, page 184.)

(3) Voyez, pour le traitement de la colique hépatique, ce que je dis relativement à la conduite qu'il convient de tenir dans les cas où les malades rendent des calculs par les selles ou par quelque autre voie.

chement de sérosité dépend d'une cause sthénique : c'est un surcroît d'activité sécrétoire du péritoine qui le produit. Pour ce qui concerne l'ascite qui se forme à la suite d'une obstruction hépatique, il était encore généralement admis, au commencement de ce siècle, que les collections aqueuses abdominales qu'on observe en pareille occurrence provenaient *de ce que, le foie étant obstrué, et, par ce fait, imperméable à la lymphe pompée par les bouches des absorbans, ce liquide s'accumulait dans le bas-ventre* (1). Aujourd'hui que nous sommes mieux fixés sur la nature et les causes des maladies, la plupart des médecins pensent que la variété de l'ascite qui nous occupe est occasionnée par une phlegmasie chronique de l'organe sécréteur de la bile. La dernière de ces propositions est sans contredit beaucoup plus rationnelle que la première; cependant elle ne donne pas une idée parfaitement juste du mécanisme par lequel s'opère alors l'hydropisie. On aurait tort de se figurer en effet que ce phénomène pourrait avoir lieu si les désordres se bornaient au parenchyme hépatique : le foie n'est point susceptible d'exhaler de la sérosité, comme semble l'insinuer M. Itard (2). Ce n'est jamais que lorsque l'irritation s'est communiquée au péritoine que les fluides s'épanchent dans l'abdomen.

Cette explication ne s'accorde pas avec la manière de voir de M. Bouillaud, qui, comme on sait, prétend que la cause immédiate de l'ascite dite passive est l'oblitération de la veine porte. Mais je ferai remarquer d'abord que l'hydropisie dont il s'agit peut se manifester dans les affections chroniques du foie qui ont reçu le nom d'*obstructions*, sans que la veine porte se trouve oblitérée, ou qu'il y ait même dans l'économie aucun autre obstacle au retour du sang. D'un autre côté, si l'on reconnaît avec moi que les dégénérescences tuberculeuses, cancéreuses, etc., dépendent constamment d'une irritation, on ne saurait me refuser que, lorsque l'une de ces productions morbides coexiste avec un obstacle au cours du sang, le premier de ces ordres de causes concourt comme le second à la production de l'hydropisie. Si, au contraire, on se croit en droit de nier la nature sthénique des obstructions hépatiques, et qu'un obstacle au cours du sang veineux soit dans ce cas la seule lésion apparente à laquelle on puisse attribuer l'ascite, on n'est nullement autorisé pour cela à établir que la cause prochaine de celle-ci a été le ralentissement de la circulation veineuse. Toutes les fois que les veines abdominales distendues par les fluides n'absorbent plus, le sang artériel se ramasse dans le péritoine, parce que, d'une part, le cœur continue à lui envoyer, et que, de l'autre, les radicules veineuses de cette membrane ne contribuent plus à dégorger les radicules artérielles qui leur correspondent. L'accumulation du sang rouge devient une cause de stimulation pour le tissu péritonéal; l'activité sécrétoire de ce tissu augmente, et il résulte de ce fait une collection d'eau plus ou moins considérable. Ainsi, quand même on ne regarderait pas les tubercules, les cirrhoses, etc., comme le produit d'une maladie irritative, on serait toujours forcé de m'accorder que l'obstacle au cours du sang, qui, selon M. Bouillaud, détermine immédiatement l'hydropisie dans cette circonstance, ne l'occasionne que par l'intermédiaire du péritoine surexcité.

Lors donc que les obstructions du foie existent seules ou qu'elles sont compliquées d'un obstacle au cours du sang, et qu'une ascite survient, la cause prochaine de celle-ci est l'irritation. L'ascite dite passive est donc de même nature que l'ascite sthénique; la première est à la seconde ce qu'une affection chronique est à une affection aiguë.

MALADIES DES VOIES D'EXCRÉTION DE LA BILE.

Les voies d'excrétion de la bile sont susceptibles de s'enflammer, et leur inflammation peut se borner à l'un des tissus qui entrent dans leur structure, ou les affecter tous en même temps, M. Louis a vu la membrane qui tapisse leur surface interne ulcérée; M. Andral a eu occasion, au contraire, de la trouver très-tuméfiée, épaissie, hypertrophiée. Suivant ces messieurs également, les tissus subjacens à cette membrane sont tantôt infiltrés de sérosité ou de pus, tantôt ramollis, profondément ulcérés; dans certains cas, considérablement épaissis, indurés, squirrheux; ailleurs enfin transformés en tissus fibreux, cartilagineux, ou parsemés de plaques osseuses.

Il arrive quelquefois que les calculs qui se forment ou s'engagent dans les voies biliaires deviennent pour elles une cause de phlegmasie; mais le plus ordinairement leur irritation se déclare sous l'influence de celle du tube digestif, du parenchyme hépatique, ou des organes qui leur sont contigus.

La cavité des canaux cystique, hépatique ou cholédoque peut s'effacer complétement : ces canaux ressemblent souvent alors à de véritables cordons fibreux. Lorsque leur oblitération n'est que partielle, ce qui est le plus commun, la portion de la cavité qui n'est pas obstruée conserve son calibre normal ou acquiert plus d'ampleur. Dans un cas particulier où un calcul bouchait l'orifice duodénal du canal cholédoque, M. Andral assure que celui-ci était tellement dilaté dans le reste de son étendue, que son diamètre égalait celui de la veine porte. On conçoit facilement que le même effet aurait pu avoir lieu si l'obstacle avait été dû à une autre cause.

La membrane muqueuse de la vésicule peut aussi s'épaissir au point d'en oblitérer entièrement la cavité. On a vu cette poche ne former plus qu'un petit corps plein auquel se terminait le canal cystique. Si l'on en croyait même les auteurs, elle aurait entièrement disparu quelquefois, et l'on n'aurait trouvé à sa place que du tissu cellulaire plus ou moins condensé.

J'ai parlé, dans l'un des articles précédens, des

(1) *Dictionnaire des sciences médicales*, tome XXII, page 378.

(2) Ouvrage cité, tome *id.*, page *id.*

pierres qui passent du foie dans la vésicule, ou qui se développent primitivement dans celle-ci. Ce qu'il me reste maintenant à signaler à l'attention des praticiens, c'est que, lorsque le canal cholédoque est oblitéré et que les conduits hépatique et cystique ne le sont pas, la bile s'accumule dans son réservoir et donne lieu à une tumeur qui dépasse le bord tranchant du foie.

Cette tumeur, située presque toujours immédiatement au-dessous du rebord cartilagineux des côtes droites, s'étend parfois plus bas dans l'hypocondre, et sa direction en pareille occurrence est tantôt perpendiculaire, tantôt singulièrement inclinée en arrière ou en avant. M. Andral a rencontré un individu chez qui la vésicule avait acquis des dimensions si extraordinaires, qu'elle touchait la crête iliaque, et même descendait jusque dans la fosse de ce nom.

Les tumeurs biliaires ont été prises assez fréquemment pour des abcès hépatiques. Le célèbre J. L. Petit commit cette méprise, et c'est ce qui le porta à chercher à déterminer les signes qui caractérisent chacune de ces affections, et à fournir ainsi le moyen de les distinguer l'une de l'autre.

Suivant lui, l'intumescence qui dépend d'un abcès hépatique est large, non circonscrite, et peut occuper tous les points de l'abdomen qui correspondent au foie; celle qui est occasionnée par la vésicule du fiel est circonscrite, et se manifeste le plus souvent au-dessous des fausses côtes droites. Dans le premier cas, les parties enflammées offrent longtemps une dureté profonde à laquelle succède un empâtement qui ne se dissipe qu'après que le pus a été évacué; la fluctuation ne se fait sentir qu'au centre de la tumeur, et le pourtour en est constamment dur et élevé. Dans le second cas, il n'y a ni dureté ni empâtement; la fluctuation est évidente partout. J'ajouterai que les abcès hépatiques, presque constamment précédés de douleurs pulsatives, s'accompagnent d'alternatives de sueurs et de frissons, d'exacerbations vers le foie, d'un état d'abattement qui n'est pas en rapport avec la diminution des douleurs, etc., ce qui généralement ne s'observe pas dans les tumeurs biliaires.

Lorsque la vésicule se trouve distendue outre mesure, la tumeur qu'elle constitue disparaît, si l'obstacle qui s'opposait à l'écoulement de la bile cesse d'exister. Cette tumeur se dissipe également quand la vésicule se rompt et donne issue au liquide qu'elle contient. Dans ce cas, si cette poche a préalablement contracté des adhérences avec les parois abdominales, la bile se fait jour à l'extérieur; ce fluide passe, au contraire, dans un autre organe creux, s'il s'est opéré entre cet organe et la vésicule quelque communication insolite. Ces deux circonstances exceptées, c'est toujours dans le péritoine que s'effectue l'épanchement.

Le réservoir de la bile peut se déchirer par le fait seul de sa distension; mais le plus communément sa rupture est due à ce que les parois atteintes d'une inflammation chronique s'altèrent, s'amincissent et se perforent. Cette rupture, au surplus, n'est pas la conséquence nécessaire du non-rétablissement du cours de la bile : il est des tumeurs biliaires qui persistent jusqu'à la mort; on prétend même qu'il y en a où les parois de la vésicule, loin de s'amincir en se distendant, comme il semble que cela devrait être, acquièrent plus d'épaisseur qu'elles n'en ont dans l'état physiologique, et présentent des fibres rougeâtres, l'apparence musculaire.

ICTÈRE.

On donne le nom d'*ictère*, d'*ictéricie*, de *jaunisse*, à la coloration en jaune de la peau. Cet état du derme est presque toujours lié à une altération organique appréciable de l'un des points de l'appareil biliaire, et c'est ce qui fait qu'aujourd'hui on le regarde non comme une maladie, mais comme un symptôme de maladie.

Lorsque l'ictère se développe chez un individu, il commence par la conjonctive, vers l'angle interne des yeux, d'où il se répand sur toute la portion de cette membrane qui recouvre la cornée transparente. Bientôt après, la peau des tempes, les commissures des paupières, le pourtour des lèvres et des ailes du nez, se colorent en jaune. Viennent ensuite le cou, la partie antérieure de la poitrine, la paume des mains, le bout des doigts, les ongles même, et successivement toute l'habitude extérieure du corps. Les lèvres, quoi qu'en aient dit quelques écrivains, restent constamment rouges chez les ictériques. La peau présente souvent, surtout dans ses plis ou ses rides, des lignes jaunes, de petites taches jaunes ou brunes, qui s'agrandissent, se confondent, et forment des plaques plus ou moins étendues. La jaunisse peut être partielle; et ce qui est assez remarquable, c'est qu'elle se montre quelquefois alors sur des surfaces qui, dans l'ictéricie générale, sont peu ou point colorées. M. Ferrus parle d'une femme de la Salpêtrière « chez qui la plupart des solides, à l'exception de la peau, furent trouvés d'une teinte ictérique très-intense; le tissu sous-arachnoïdien et le tissu adipeux de tout le corps étaient infiltrés d'une sérosité de couleur jaune safranée. Le foie était gros et gorgé de sang, mais aucun obstacle apparent ne s'opposait à l'excrétion de la bile. La vésicule en contenait une grande quantité d'une teinte foncée; la moindre pression la faisait couler dans le duodénum (1). » On a vu des sujets chez qui la face était colorée seule en jaune. Une fille tourmentée depuis un mois par une démangeaison des tégumens des mamelles eut ces parties frappées d'ictéricie immédiatement après l'emploi de quelques purgatifs. On lit dans les *Ephémérides des curieux de la nature* l'observation d'un homme dont le côté gauche avait pris une couleur jaune, tandis que le côté droit était noir et le visage vert.

Les auteurs prétendent que dans l'ictère les déjections alvines sont pour l'ordinaire décolorées, grisâtres, presque blanches; mais je crois pouvoir assurer qu'il est beaucoup plus commun qu'on ne pense de les voir

(1) *Dictionnaire de médecine* en 18 vol., tome XII, page 20.

conserver leur couleur naturelle. Les urines, également, n'offrent pas toujours d'altération notable. Lorsqu'elles éprouvent quelques changemens, c'est d'abord sous le rapport de leur limpidité, qui paraît plus grande que dans l'état normal; bientôt après elles deviennent d'un jaune foncé et teignent en jaune le linge et le papier. Vers la fin des accidens, c'est-à-dire à l'époque où, la maladie qui occasionne l'ictère disparaissant, ce dernier disparaît aussi, les urines sont assez souvent troublées par un sédiment rougeâtre extrêmement ténu, qui se dépose très-lentement. « C'est encore vers cette période qu'elles présentent quelquefois à leur superficie une couche comme huileuse qui donne des reflets assez vifs et pour ainsi dire métalliques. Ce caractère, d'ailleurs, n'est point propre à l'ictérieie : il se remarque toutes les fois que les urines se décomposent à l'air libre; il est seulement ici moins tardif. (1) »

La jaunisse peut ne s'accompagner que des symptômes que je viens d'énumérer. Quand, par exemple, elle reconnaît pour cause une vive émotion morale, la respiration et la circulation conservent fréquemment une intégrité parfaite; il n'est pas rare même que, très-peu de temps après son développement, les organes digestifs ne fournissent aucun signe d'irritation. Mais dans le plus grand nombre des cas d'ictère il n'en est point ainsi, et à l'ensemble des phénomènes dont il s'agit se joignent les symptômes suivans : dans le principe, dégoût, anorexie; langue couverte d'un enduit jaunâtre qui s'étend quelquefois aux dents, aux gencives et à toute la membrane muqueuse buccale; goût de bile, rapports de gaz acerbes, etc.; à une époque plus avancée, nausées, vomissemens, fièvre, douleur vive dans l'hypocondre droit, etc.

Les médecins anciens pensaient généralement que la coloration en jaune de la peau provenait de la bile, qui, par une cause qu'ils ne connaissaient pas, se mêlait au sang et circulait avec lui. Plus tard, lorsque l'anatomie pathologique eut appris que, toutes les fois que le canal cholédoque est oblitéré, le phénomène qui nous occupe a lieu, on fut conduit à poser en principe que les nombreux absorbans du foie étaient le moyen par lequel la bile ou seulement quelques-uns des élémens qui la composent passaient dans le torrent circulatoire. Vers la fin du siècle dernier, quelques pathologistes avancèrent qu'il y avait dans l'ictère *dissociation des élémens du sang, et formation d'un liquide particulier, analogue à la bile uniquement sous le rapport de la couleur, et qui s'épanchait entre les lames du tissu cellulaire.* D'autres, ayant cru remarquer 1° que l'espèce de spasme qu'on appelle *chair-de-poule* donne quelquefois une teinte jaunâtre à la peau; 2° que ce genre de spasme cesse constamment avec la vie, et que la couleur ictérique disparaît quelquefois aussi après la mort, conclurent de ces diverses circonstances que la plus grande analogie existait entre l'état spasmodique dont je viens de parler et la jaunisse, et que par conséquent celle-ci n'était que le résultat *d'une modification apportée à la circulation dermique.* Deux ou trois écrivains de nos jours ont publié *que l'ictère dépend de ce que le foie cesse de séparer de la masse du sang les matériaux de la bile que l'on suppose y exister* (1). Enfin M. Dubreuil, professeur à Montpellier, s'est cru en droit d'établir tout récemment que *la teinte ictérique est la suite d'une modification maladive des parties constituantes du sang, peut-être de la matière colorante portée sur le sérum* (2).

Ces cinq théories prouvent d'une part qu'on a de tout temps cherché à expliquer comment, à l'occasion d'un état morbide existant dans le foie ou ailleurs, il arrive qu'une matière colorante jaune vient à imprégner plusieurs de nos tissus et se montre en même temps dans les liquides; de l'autre, que les médecins ne sont pas d'accord sur ce point de pathologie. Que si l'on me demande maintenant ce que je pense de chacune d'elles en particulier, je répondrai que la 2e, la 4e et la 5e, sont basées sur des suppositions purement gratuites (*la dissociation des élémens du sang, la présence des principes constitutifs de la bile dans le sang normal, le transport de la matière colorante sur le sérum*); que la 3e est également insoutenable, car il est faux que la teinte que prend la peau dans ce qu'on appelle *chair-de-poule* ressemble en rien à celle de la jaunisse, et personne n'ignore que cette dernière ne disparaît après la mort que très-rarement. La théorie des anciens, telle qu'elle a été modifiée par les anatomo-pathologistes, mérite seule, selon moi, d'être prise en considération. Je n'ignore pas qu'on a allégué que dans cette manière de voir on n'expliquait pas la formation des jaunisses qui dépendent d'une cause autre que l'oblitération du canal cholédoque ou du conduit hépatique, et que d'ailleurs, si ce fluide, dont les propriétés sont si marquées, était absorbé, il ne circulerait pas impunément dans les vaisseaux sanguins, où l'introduction des substances les moins actives produit toujours des accidens graves. Mais je ferai observer, relativement à la première de ces objections, qu'il n'y a aucune raison pour croire que la bile n'est pas absorbée dans ce cas. Nous verrons plus bas, en effet, que les diverses espèces d'ictère dont parlent les auteurs n'ont lieu que tout autant que le foie est atteint d'irritation. Or il ne répugne nullement d'admettre que les absorbans contenus dans ce viscère, étant nécessairement alors surexcités, pompent la bile, ou s'emparent seulement de quelques uns de ses principes et les transportent dans le torrent circulatoire. Quant à la seconde, ceux qui l'ont avancée disent à l'appui que M. Magendie affirme qu'un animal d'un volume moyen mourut après qu'on lui eut injecté dans les veines sept grammes de bile. Mais est-on sûr que la bile que M. Magendie injecta n'avait pas acquis, par le contact de l'air, des qualités plus âcres, plus corrosives, que celles qu'elle avait pendant qu'elle était

(1) *Dictionnaire de médecine* en 18 vol., tome XII, page 21.

(1) Andral, *Clinique médicale*, tome IV, page 57.
(2) *Éphémérides médicales.*

renfermée dans la vésicule? Et si on ne l'est pas, est-on autorisé, je le demande, à regarder les conséquences qui découlent de ce fait comme très-rigoureuses? On a tort d'assimiler les expériences plus ou moins imparfaites des vivisecteurs aux opérations de la nature, et de se figurer que les unes et les autres doivent avoir les mêmes résultats. Pour que ceux-ci fussent identiques, il faudrait qu'il y eût identité dans les procédés, et cela n'est pas. De pareilles objections, au surplus, perdent toute leur force devant les belles recherches de MM. Orfila, Chevreul, etc., qui, comme on sait, ont démontré que le sang et les urines des ictériques contiennent plusieurs des principes constituans de la bile. Vainement m'opposera-t-on que ces principes existent dans le sang normal. La preuve du contraire, c'est qu'on n'a jamais rencontré les matériaux de la bile que dans le sang et les urines des ictériques. Dire que chez les autres individus ces matériaux ne peuvent être découverts dans nos humeurs, parce qu'ils s'y trouvent en trop petite quantité, éliminés qu'ils sont par le foie (1), c'est substituer une hypothèse à une réalité.

De toutes les théories qui ont été émises sur la question qui nous occupe, celle des anciens, je le répète, est la seule qui mérite d'être prise en considération. Fondée sur la liaison presque constante d'une maladie appréciable du foie avec l'ictère, sur l'analogie de la teinte ictérique avec celle des tissus animaux qui sont imprégnés de bile, sur la certitude qu'on a qu'un obstacle à l'excrétion de la bile entraîne toujours la coloration en jaune de la peau, sur la présence de ce fluide ou de quelques-uns de ses principes dans le sang chez les ictériques, tout concourt à lui donner l'apparence de la vérité et me détermine à l'adopter.

L'affection dans laquelle l'ictère s'observe le plus communément est l'hépatite aiguë ou chronique.

La gastro-entérite, que presque tous les pathologistes mettent au nombre des causes de la jaunisse, ne la produirait jamais si elle existait seule. Ce n'est que lorsque cette phlegmasie s'est communiquée au foie et que celui-ci est atteint d'irritation que la peau se colore en jaune.

L'anatomie pathologique nous a fait connaître depuis longtemps que les obstacles mécaniques à l'écoulement de la bile s'accompagnent constamment d'ictéricie. Ces sortes d'obstacles ont leur siége dans les canaux hépatique et cholédoque. Pour ce qui concerne la vésicule et le conduit cystique, leur oblitération ne détermine pas la coloration en jaune de la peau, sans doute parce qu'elle n'empêche pas la bile de continuer à passer dans les voies digestives. On s'accorde généralement à regarder les calculs qui se trouvent logés dans les canaux hépatique et cholédoque comme une cause fréquente de leur obstruction. Il arrive quelquefois que la membrane muqueuse du dernier de ces conduits s'enflamme sous l'influence d'une gastro-entérite et s'épaissit au point de l'oblitérer complétement; on a vu aussi un ver s'introduire par son orifice duodénal et le boucher. Mais, le plus ordinairement, les obstacles qui nous occupent dépendent d'une compression exercée soit par une tumeur du foie, soit par des kystes, des masses squirrheuses, développés dans les organes qui touchent les canaux excréteurs. M. Portal cite un cas où la partie droite du pancréas tuméfié et dure comprimait l'orifice du canal cholédoque; il parle également d'un notaire chez qui le même orifice était oblitéré par une tumeur cancéreuse située dans le duodénum (1).

Lorsque l'un des canaux hépatique et cholédoque est obstrué, la bile s'accumule au-dessus de l'obstacle, et par son séjour devient un stimulant pour les vaisseaux biliaires et les derniers ramuscules de ces vaisseaux. De là l'irritation se propage au parenchyme hépatique : c'est alors seulement que la jaunisse se manifeste.

Il n'est pas rare de voir l'ictère survenir à la suite des opérations chirurgicales longues et douloureuses, d'une plaie d'arme à feu, d'une plaie par déchirement, d'une hernie étranglée, d'une entorse, etc. D'autres fois ce phénomène se déclare subitement après un accès de colère, une vive frayeur, etc. « Les auteurs, dit M. Portal, ont consigné dans leurs écrits des exemples de ces jaunisses, et particulièrement Lazare, Rivière, Hoffmann, Morgagni, Lallemand, qui a écrit un assez bon traité sur les passions ; on y voit que des criminels ont eu la jaunisse la plus intense dès qu'on leur a prononcé leur arrêt de mort, que d'autres personnes sont devenues très-jaunes en apprenant la perte d'un procès, la mort inattendue de quelqu'un tendrement aimé (2). » Les passions tristes longtemps prolongées favorisent aussi le développement de la teinte ictérique, et plusieurs médecins assurent que les passions gaies peuvent avoir le même résultat. Dans tous ces cas, la jaunisse a été regardée comme provenant d'une cause purement nerveuse ; mais la vérité est qu'elle n'a lieu que parce que, sous l'influence de l'une des causes dont il est question dans ce paragraphe, la membrane muqueuse gastro-intestinale fortement surexcitée a fait participer le foie à son état de souffrance. Les accidens généraux qui accompagnent les grandes opérations de chirurgie, les plaies d'armes à feu, etc., débutent toujours par le tube alimentaire, et l'on peut sans crainte avancer que l'irritation du parenchyme hépatique n'est jamais alors que consécutive à celle des voies digestives. C'est aussi par l'intermédiaire d'une irritation gastro-intestinale que les vives affections de l'ame, les passions tristes ou gaies déterminent l'ictère. M. Andral pense que le cerveau réagit directement en pareille occurrence sur le plexus hépatique. Mais si l'on réfléchit 1° que l'ictéricie dite *spasmodique* ne s'observe que chez les individus très-irritables, très-disposés aux maladies de l'appareil biliaire, qui présentent en un mot tous les caractères de ce que les anciens appelaient *pléthore bilieuse ;* 2° que le cerveau et l'estomac sont liés par les sympathies les

(1) Andral, *Clinique médicale*, tome IV, page 57.

(1) *Maladies du foie*, pages 124 et 127.
(2) *Ibid.*, p. 41.

plus étroites, et qu'il n'est pas prouvé que le premier de ces organes soit en rapport intime d'action avec le foie ; 3° que les passions tristes coexistent le plus souvent avec une gastrite chronique ; 4° que l'hépatite qui se développe pendant le cours d'une phlegmasie cérébrale non traumatique a constamment été précédée des symptômes de la gastro-entérite ; si l'on réfléchit, dis-je, à ces divers circonstances, on en conclura sans peine que l'état du foie qui produit l'espèce d'ictère dont il s'agit ici reconnaît pour cause prochaine une lésion gastro-intestinale, qui, elle-même, est survenue immédiatement après une émotion morale vive, telle qu'une grande frayeur, un accès de colère, etc.

La jaunisse qui se manifeste quelquefois chez les femmes enceintes est due, suivant les uns, au développement de la matrice, qui, dans la grossesse, apporte une gêne plus ou moins considérable à la sécrétion de la bile ; suivant les autres, au contraire, *ce phénomène doit être rapporté à un nouveau mode d'action de tous les viscères abdominaux, à une sorte de spasme qui correspond à celui qu'éprouve l'utérus pendant les premiers mois de la gestation* (1). Pour moi je pense que l'inflammation sympathique que la matrice exerce sur les voies digestives dans la grossesse nous donne une raison très-satisfaisante du mode de production de l'ictère dans ce cas. C'est encore ici une irritation gastro-intestinale qui, transmise au foie, occasionne la coloration en jaune de la peau.

J'ai avancé, comme on sait, en réfutant l'une des objections qu'on a faites à la théorie de l'absorption de la bile, que nous verrions plus bas que l'ictère ne s'observe que tout autant que le foie est atteint d'irritation. Cette proposition se trouve démontrée maintenant, car il résulte de ce que je viens de dire sur les diverses causes que les auteurs ont assignées à la coloration en jaune de la peau que, quelles que soient les circonstances dans lesquelles ce phénomène ait lieu, la condition *sine quâ non* de son existence est le développement antérieur d'une irritation du foie, tantôt légère et ne s'annonçant que par les signes qui dénotent une supersécrétion de bile, tantôt offrant les caractères d'une hépatite plus ou moins intense. Cela posé, si l'on se rappelle que les matériaux de la bile n'ont jamais été rencontrés que dans le sang et les urines des ictériques, on sera naturellement conduit à établir que, puisque d'une part la teinte ictérique ne commence à se manifester que lorsque le parenchyme hépatique est devenu le siége d'une surexcitation morbide, et que de l'autre les élémens de la bile n'existent pas normalement dans nos humeurs, la formation de la jaunisse est due en définitive à ce que, le foie étant atteint d'irritation chez les ictériques, les absorbans de ce viscère sont nécessairement alors doués d'une activité plus grande que de coutume, et pompent le fluide biliaire ou s'emparent seulement de quelques-uns de ses principes et les transportent dans le torrent circulatoire. On m'opposera sans doute qu'il arrive souvent que la jaunisse n'accompagne pas l'irritation hépatique, et qu'elle devrait cependant en être inséparable, s'il était vrai qu'elle dépendît de ce que, le foie étant atteint d'irritation, les absorbans qui entrent dans la structure de ce viscère se trouvent surexcités et exercent leur action sur la bile. Mais ici comme dans beaucoup d'autres cas il faut faire la part de ce qui nous échappe dans l'étude des causes des maladies, et que dans notre ignorance nous désignons sous le nom d'idiosyncrasie, de disposition individuelle. Si tel sujet souffrant d'une hépatite ne devient pas ictérique, tandis que tel autre affecté de la même phlegmasie, ou n'ayant qu'une irritation du foie peu prononcée, voit sa peau se colorer en jaune, c'est que la constitution de ce dernier l'y dispose davantage.

Les pathologistes ont appelé *symptomatique* l'ictéricie qui dépend d'une hépatite aiguë ou chronique, d'un abcès ou d'une dégénérescence du tissu propre du foie ; *spasmodique* ou *essentielle* celle qui se développe après une émotion morale vive, pendant la grossesse, etc. ; *calculeuse* celle qui survient lorsque des pierres ont produit l'obstruction du canal cholédoque ; *par compression* celle qui résulte de l'oblitération des canaux excréteurs par une tumeur située dans leur voisinage. Mais je ferai remarquer que, dès le moment qu'il demeure démontré que, quelles que soient les circonstances dans lesquelles la jaunisse ait lieu, son développement a toujours été précédé d'une irritation du foie, il est clair qu'elle n'est jamais qu'un symptôme de cette dernière, et que par conséquent les titres de *spasmodique*, de *calculeuse*, etc., ne lui conviennent nullement. Ces dénominations d'ailleurs ont cela de vicieux qu'elles ne donnent pas une idée exacte du mécanisme par lequel la peau se colore en jaune.

Lorsque l'ictère se déclare à la suite de l'une de ces irritations gastro-hépatiques qui sont occasionnées par un accès de colère, une vive frayeur, etc., il persiste, en général, plus ou moins longtemps après que tous les signes de l'affection simultanée du foie et du tube digestif ont disparu. Dans tous les autres cas, sa durée est le plus ordinairement subordonnée à celle de la maladie qui le détermine.

La jaunisse, n'étant qu'un symptôme, n'exige pas de traitement particulier. Cependant, je crois que, quand elle survit à la cause qui l'a produite, on pourrait activer sa disparition par de légers purgatifs, les bouillons, les apozèmes amers et apéritifs, les sucs de plantes borraginées, chicoracées, etc.

DE LA BILE.

Des analyses récentes et bien faites ont prouvé que la bile humaine contient, sur 1100 parties, 1000 d'eau, 42 d'albumine, 41 de substance résineuse, 2 à 10 de matière jaune, 5 à 6 de soude libre, 4 à 5 de phosphate, d'hydrochlorate et de sulfate de soude, de phosphate de chaux et d'oxide de fer. Mais, il est un point sur lequel les chimistes modernes ne sont pas d'accord : les uns disent avoir rencontré dans la bile de l'homme une cer-

(1) *Dictionnaire de médecine* en 18 volumes, tome XII, page 18.

taine quantité de picromel, les autres prétendent que ce fluide n'en renferme pas du tout. M. Orfila semble pencher pour cette dernière opinion ; cependant, s'il est vrai que, comme il l'assure, on obtienne, en versant du sous-acétate de plomb dans de la bile, un précipité d'oxide de plomb et de picromel, il faut bien que celui-ci existe dans la liqueur qui nous occupe.

La bile cystique de l'homme est verte, d'un brun jaunâtre, tantôt filante, tantôt liquide, toujours plus ou moins amère. Elle verdit le sirop de violette plus fortement que celle de bœuf; lorsqu'on la chauffe elle répand l'odeur du blanc d'œuf et se trouble. Les acides la décomposent et la précipitent; traitée par l'alcool, elle donne un précipité d'albumine et de matière jaune.

Si on la filtre et qu'on la traite par l'acétate de plomb, elle laisse précipiter de la matière verte. Enfin, si on la filtre de nouveau, et qu'on verse dessus du sous-acétate de plomb, on a pour résultat, suivant M. Orfila, un précipité de picromel et d'oxide de plomb.

La bile peut éprouver diverses altérations dans sa composition. Quelquefois elle perd de ses qualités stimulantes ; d'autres fois elle devient extrêmement corrosive. Morgagni parle d'un individu qui était mort subitement et chez qui la bile avait acquis une telle acrimonie, qu'il suffit d'en introduire une goutte avec la pointe d'un scalpel sous la peau de deux pigeons pour les faire périr en peu d'instans. M. Portal a avancé, dans son ouvrage sur les maladies du foie, *que, lorsque ce viscère est ce qu'on appelle gras, et que les quatre cinquièmes de sa substance sont ainsi changés* (1), la bile est claire, limpide, sans saveur, purement albumineuse, et n'a presque pas de sérum; quand on la soumet à l'évaporation elle se prend en masse, et l'on n'y découvre que des atomes de soude et de sels. M. Andral a eu occasion de rencontrer cet état de la bile, non-seulement dans les dégénérations graisseuses du foie, mais dans quelques cas d'atrophie de cet organe portée à un haut degré, et dans quelques autres où le parenchyme hépatique était induré, ou présentait des cyrrhoses, des granulations rouges.

Les altérations de la bile dont il vient d'être question sont les seules qu'on ait observées jusqu'ici. L'une d'elles, comme on voit, se trouve toujours liée à une lésion de texture du foie. Quant à l'autre, elle ne fut pas évidemment la cause de la mort chez le sujet dont parle Morgagni, et tout porte à croire que c'est aussi un état pathologique de l'appareil biliaire qui la détermine. Le fluide qui nous occupe est-il susceptible de s'altérer spontanément? ou, en d'autres termes, y a-t-il des affections primitives de la bile? Cela peut être, mais nous ne savons rien de positif à cet égard.

---

(1) Page 83.

FIN.

BULLETIN GÉNÉRAL

DE THERAPEUTIQUE

MÉDICALE ET CHIRURGICALE.

SEPTEMBRE. 1836.

N° 17. — 15 Sept.

Du degré de certitude en médecine, et de la nécessité de l'étude continuelle unie à la pratique.

En France, il est encore de bon ton de se moquer de la médecine, de traiter son pouvoir de chimère. Cette idée est mise ordinairement à la mode par quelques médecins de réputation. Des hommes de lettres, dont les vues hardies avaient attaqué bien des préjugés, ont propagé cette idée avec empressement : incrédules par système, ils ont à la légère proscrit la médecine, science hypothétique, et l'ont classée, sans la connaître, parmi ces théories menteuses dont l'étude ne devait plus servir à fausser l'intelligence humaine. Tous ceux qui voulaient passer pour être, comme eux, au-dessus de toutes les superstitions, se croyaient obligés en conscience à paraphraser dans le monde les raisonnemens de Montaigne, les plaisanteries de Molière et les boutades de J. J. Rousseau. On entendait dire et redire chaque jour qu'il fallait s'en rapporter, pour la guérison des maladies, à la nature prévoyante et sage, par ceux même qui ne reconnaissaient à la nature ni prévoyance ni plan raisonné. On niait toutes les causes finales ; on considérait l'existence humaine comme l'effet de hasards successifs, du lent apprentissage de chaque organe, et l'on voulait en même temps qu'il fût impossible de rien ajouter à ces hasards par des combinaisons réfléchies, de perfectionner cet apprentissage par des essais fondés sur l'observation.

Je n'examine point si l'on était en cela bien conséquent, et je passe aux gens du monde, aux philosophes leur mépris pour une science qu'ils ne connaissent pas. Mais quel spectacle que de voir un médecin traiter sa profession de charlatanerie, les connaissances qu'elle exige de frivole étalage, ses devoirs de vaines simagrées ! S'imagine-t-il inspirer une grande confiance dans la droiture de son esprit, lui qui foule aux pieds un art dont l'étude ne l'a pas rebuté ? Croit-il honorer son caractère en criant avec effronterie qu'il pratique la médecine sans y croire, en se jouant avec impudeur de la confiance des hommes ? Eh non ! le but unique de ce manége est d'attirer leur attention par des opinions singulières, de leur imposer par le mépris même que l'on témoigne pour leur jugement. On veut se mettre au-dessus d'eux en dédaignant ce qu'ils estiment ; on croit se mettre au-dessus de tout, en affectant de dépouiller l'esprit de corps et de secouer l'intérêt personnel.

Mais, le public a pu le voir, plusieurs de ces médecins n'ont été ni les moins avides, ni les moins adroits à profiter de ses caprices ; et quant à ceux dont l'ame n'est pas fermée aux sentimens de morale et d'humanité, n'ont-ils jamais songé que leurs maximes découragent les jeunes médecins, les dégoûtent de leurs devoirs, les disposent presque toujours au charlatanisme le plus systématique, le plus coupable ? Ne sentent-ils pas que leurs plaisanteries attristent et blessent un pauvre malade, dont elles attaquent les espérances les plus chères, et qui ne peut voir sans amertume combien il doit peu compter sur eux et sur l'assistance qu'il s'en promettait ? Au surplus, contre eux l'expérience est débout : elle dévoile leurs misérables jongleries, et proclame hautement l'efficacité et les bienfaits de la médecine.

Une maladie n'est incurable, dit Hippocrate, que parce que nous n'avons pas entre les mains les moyens ou les instrumens nécessaires à sa guérison. Ce vice de la médecine ne lui est point particulier ; il est commun à tous les arts. Quand le médecin ne peut saisir tous les traits de la maladie, quand ceux qui la caractérisent ne lui sont pas suffisamment connus, quand les moyens de guérison sont hors de sa portée, on doit dire que les instrumens de son art lui manquent, mais on ne peut rien conclure de là contre l'existence réelle des principes, et contre l'utilité de l'art lui-même. Quelques doutes isolés peuvent-ils rompre un enchaînement de certitudes ? quelques maladies incurables doivent-elles faire renoncer à traiter celles qui peuvent être guéries ? Un travail infatigable et le temps dévoileront, il faut l'espérer, des vérités que la nature nous cache encore ; ils porteront un jugement définitif sur les points litigieux ; ils nous apprendront peut-être les moyens de suspendre et de changer tous les mouvemens irréguliers de l'économie animale, sans aucune exception. En attendant, jouissons des vérités déjà conquises ; gardons un opiniâtre scepticisme sur tout ce qui n'est pas certain ; efforçons-nous sans relâche de recu-

ler les limites d'un art dont le pouvoir est si précieux à l'humanité, et rejetons loin de nous les théories qui prétendent ranger d'avance tous les faits sous des principes généraux qui ne se rapportent qu'à un petit nombre d'entre eux, bien que les plus absurdes de ces théories se soient appuyées dans l'origine sur des expériences incontestables. Le tort de leurs auteurs a été de donner à ces expériences une signification trop étendue; de faire un système complet de ce qui pouvait à peine fournir quelques vues de détails. La pratique de tous les siècles est au fond la même. Les tableaux de maladies que nous ont laissés les anciens sont encore frappans de vérités: on enseigne dans nos écoles leurs règles de diagnostic et de pronostic; nos indications générales de traitement sont absolument les mêmes que les leurs; nous les traçons d'après les mêmes motifs. Depuis Hippocrate jusqu'à nos jours, il est sûr que tous les bons observateurs ont retrouvé ce qu'il avait vu. Arétée, Alexandre de Tralles, Aëtius, Cœlius-Aurélianus, Celse et Gallien sont encore souvent pour nous des guides sûrs; et les médecins modernes dignes d'être comparés à ces premiers maîtres n'ont obtenu cet honneur, n'ont appris à les surpasser quelquefois, qu'en les imitant presque toujours.

Il est donc faux que la pratique ait changé d'un siècle à l'autre: on peut nier que les vues des bons praticiens diffèrent essentiellement. La grande quantité de points dans lesquels elles se trouvent entièrement conformes, prouve à la fois l'éternelle régularité de la nature et l'inébranlable certitude de l'art.

Les praticiens de tous les temps ont combattu l'état inflammatoire par la saignée et le régime antiphlogistique: ils ont toujours conseillé les vomitifs dans l'état de plénitude de l'estomac, les purgatifs dans celle des intestins; pour la sécheresse, la tension, la raideur, ils ont toujours ordonné les bains tièdes; pour les relâchemens et la faiblesse, les bains froids, les toniques. Ils proposent tous également d'évacuer le superflu, de restituer ce qui manque, d'exciter la nature languissante, de réprimer sa fougue tumultueuse. En un mot, il n'est aucune maladie douée d'un génie constant, que la saine pratique ne traite aujourd'hui par les mêmes remèdes, ou par des remèdes du même genre qu'autrefois; et s'il s'établit quelquefois au lit des malades des contestations aussi scandaleuses que ridicules, elles ont presque toujours pour mobiles l'amour-propre ou de misérables intérêts qui n'égarent le jugement qu'après avoir corrompu la conscience. Mais, hâtons-nous de le reconnaître, les médecins ne sont pas autant de jongleurs avides, se servant de tous les moyens pour faire valoir chacun sa drogue, et déprécier celle qui se débite sur le tréteau voisin. Non, la bonne foi, la candeur, l'amour de la vérité, l'amour du genre humain, au service pénible duquel leur art les dévoue, toutes les affections de l'homme sensible et tous les devoirs de l'homme juste ne sont point étrangers à leur cœur.

Chaque médecin, plein des objets qu'il a vus et vérifiés lui-même, se confiant avec raison dans les remèdes dont il a constaté les bons effets, emploie de préférence ces remèdes, toutes les fois qu'il se trouve des cas semblables. Cette conduite n'est pas seulement très-naturelle, elle est aussi la plus raisonnable et la plus utile. Personne sans doute n'est en droit de penser que le moyen qu'il conseille soit le seul et le meilleur; mais, quand il l'a vu réussir souvent, quand il en connaît par sa propre expérience les indications et l'emploi, c'est le meilleur pour lui, c'est quelquefois le seul auquel il puisse s'en rapporter: il s'ensuit nécessairement que chaque médecin peut avoir sa matière médicale relative, basée sur l'observation qui quelquefois, à la vérité, peut être imparfaite ou trompeuse, et qui, dans certains cas, a été également la source de l'erreur et de la vérité; car des opinions entièrement opposées ont eu souvent pour elles le témoignage d'un nombre égal d'observations.

Avant qu'on eût cultivé la physique expérimentale, la médecine et la chirurgie n'étaient presque fondées que sur des faits qu'on avait remarqués dans la pratique: aussi ne pouvait-on s'entendre: les praticiens étaient d'autant plus obstinés dans leurs discussions, qu'ils croyaient que la nature s'expliquait en leur faveur. Les observations ne sont donc pas plus décisives que ces oracles ambigus, ou ces lois équivoques que l'intérêt et le préjugé ont interprétés à leur gré.

Mais si les observations doivent être corrigées par les expériences physiques, ces expériences ont besoin à leur tour du secours des observations. Leur témoignage réciproque et leur accord sont le sceau de la vérité.

Les expériences peuvent nous égarer de même que l'observation; nous pouvons appliquer les conséquences que nous en tirons à des objets qui les démentent; il faut donc ramener les expériences au témoignage de la nature, pour éviter les erreurs qu'elles peuvent occasionner.

Lorsque Harvé eut persuadé aux médecins que la circulation du sang était le principe de la vie, ils passèrent de la crédulité au mépris de toutes les opinions des anciens; on ne voulut plus reconnaître de remèdes appropriés à certaines parties. « Le courant du sang porte » ces remèdes par tout le corps: ils agissent donc éga- » lement, disait-on, sur toutes les parties. » Mais des observations exactes obligèrent enfin les esprits même les plus obstinés à revenir aux anciennes idées sur les effets de ces remèdes. Les expériences physiques qui nous avaient découvert le cours du sang avaient donc produit des opinions erronées, que l'observation seule pouvait détruire. Ceux qui cherchent la perfection de l'art doivent donc partir de l'observation, et y revenir pour confirmer les conséquences qu'ils tirent des expériences physiques.

Nous trouvons dans le progrès de nos connaissances sur certaines maladies des preuves qui nous montrent l'étendue des travaux que les nouvelles découvertes coûtent à l'esprit. Les coups reçus à la tête ont souvent causé la mort: le premier pas que demandait l'observation d'un tel accident, c'était d'en chercher la cause par l'inspection anatomique. Les ouvertures des cada-

vres ont appris aux médecins que l'épanchement du sang faisait périr le blessé. De cette découverte on a conclu qu'il fallait ouvrir le crâne pour donner issue à l'humeur épanchée; mais d'autres recherches nous ont fait voir que ce n'est pas aux seuls épanchemens que la mort doit être attribuée; on a découvert d'autres causes qui ne sont pas moins funestes, contre lesquelles on ne trouvait aucune ressource dans le trépan.

Telles sont les nouvelles difficultés qui naissent des connaissances à mesure qu'elles se multiplient; la violence du coup et des accidens n'a donc pas été dans tous les cas un signe certain de l'épanchement, ni une indication qui marquât la nécessité du trépan; il a fallu, dans la multiplicité embarrassante des accidens, chercher des signes moins équivoques : or, ce n'est qu'en rassemblant et en comparant toutes les observations et les expériences, qu'on a appliqué des indications plus précises et plus certaines.

Sans l'étude journalière des découvertes qui naissent tous les jours des travaux des maîtres de l'art, le praticien le plus consommé ignore, dans l'espace de quinze années, des vérités qui seront familières à des novices : les travaux des autres sont donc une source de travaux pour lui; et sans une nouvelle étude, son savoir même serait flétri par son ignorance.

Tels étaient des praticiens célèbres, contemporains d'Harvé. Coutens des connaissances qu'ils avaient puisées dans les écrits de leurs prédécesseurs, ils fermèrent les yeux à la lumière que leur présentait ce grand homme; ils parcoururent une longue carrière dans l'exercice de leur art, sans connaître la circulation du sang, qui dévoile tant d'erreurs dans les livres des anciens, et tant de faux pas dans leur marche.

Il est donc positif que les lumières qui éclairent l'art de guérir ne sont que les fruits d'une infinité d'observations de pratique, d'expériences physiques et de tentatives qui suggèrent ces expériences. L'exercice de l'art et la manière dont se forme l'expérience qui en est la base nous prouvent l'impuissance des efforts que peut faire l'esprit d'un praticien livré à lui seul, assez présomptueux et assez confiant dans sa pratique et ses observations pour soumettre tous ses malades à son système, ou pour les livrer tous à l'influence de sa *drogue panacée*. S'ils sont rares, il existe cependant encore des praticiens dédaigneux qui se font gloire de vieillir dans leurs erreurs, et qui appellent observation une routine qu'ils colportent et propagent, depuis nombre d'années, dans leurs courses continuelles, qui sont devenues leurs seuls travaux. Le progrès n'est plus pour eux qu'une chimère et les livres et journaux qui se succèdent et se multiplient dans l'intérêt commun, et qui sont la preuve de la marche de la science, ne sont à leurs yeux qu'un objet mercantile de pure spéculation, bon tout au plus pour amuser des novices qui attendent la clientelle.

Renaud fils,
D.-M. à Loches (Indre-et-Loire).

De l'action thérapeutique du polygala, et de son emploi en pratique.

Le polygala ne figure pas au nombre de ces remèdes dont l'usage se confond avec les premiers temps de la médecine. Depuis bientôt une centaine d'années, qu'on l'a adopté parmi les médicamens énergiques, ce remède a déjà subi la fortune de la plupart des choses utiles. On s'imagina, dans les premiers temps, qu'il n'y avait pas une seule maladie à laquelle il ne put convenir : dès lors on l'employa indistinctement dans presque toutes avec des résultats souvent fâcheux, ce qui l'a fait tomber dans un discrédit complet : tandis que cette substance médicinale possède en réalité une vertu curative puissante, à condition toutefois de n'y recourir que dans des circonstances particulières relatives à la nature et aux périodes des maladies, ainsi qu'aux doses et aux modes de préparation et d'administration de cet agent.

Le polygala, muni d'un principe âcre que des recherches récentes font classer parmi les acides, est doué d'une propriété stimulante qui se révèle au goût et par ses effets plus éloignés. La première impression affecte la muqueuse de la bouche à laquelle elle communique une surexcitation souvent appréciable dont une excrétion plus abondante de salive est le premier produit. Arrivé dans l'estomac, la muqueuse délicate de cet organe en est émue à la manière de la muqueuse buccale, c'est-à-dire qu'elle est irritée par la présence du polygala, et qu'elle témoigne de cette stimulation par un phénomène analogue ou par la surexcrétion du mucus stercoral. On a même remarqué, après des essais avec cette substance à doses assez grandes, une rougeur de ce viscère, rougeur qui se transmettait quelquefois jusqu'au duodénum et même au jéjunum. Un troisième effet de l'ingestion de cette matière, c'est d'augmenter la sécrétion des urines : ce qui s'accorde encore avec l'idée d'une impression d'irritation, en sorte qu'il reste bien prouvé que le polygala jouit d'une action stimulante, et sa stimulation agit spécialement sur le système des muqueuses. Si la dose du polygala ou de son acide est introduite en quantité trop considérable, ce médicament peut opérer exactement à la manière des poisons irritans : il produit la mort au milieu de vomissemens et de contractions tétaniques, et cela quelques heures après son ingestion.

En outre, il paraît qu'il délayerait ou rendrait plus liquide le produit de l'excrétion des membranes muqueuses; qu'il en faciliterait la résorption, tant par cette action résolutive qu'en augmentant la sécrétion des reins. Enfin, ce concours d'actions, d'après le même système d'expérimentation, affecte une tendance manifeste vers la muqueuse des organes respiratoires, tels que la trachée-artère, les bronches et les poumons. Cette tendance spéciale a surtout frappé les médecins praticiens, puisque c'est principalement à titre d'expectorant qu'il a été reçu dans la matière médicale; mais on conçoit que cette sorte d'expectorant ne possède pas dans tous les cas le privilége de remplir le but pour lequel

on l'emploie. Ce sont ces circonstances qu'il convient de fixer par une soigneuse analyse, avant d'arrêter les doses et les procédés d'administration de ce médicament.

Il existe une multitude de maladies qui requièrent l'usage des expectorans. Quand la trachée ou les bronches sont obstruées par une masse de concrétions presque polypiformes, qui empêchent l'air de parvenir jusqu'aux poumons, ou bien lorsqu'une masse de fluide séreux ou muqueux engoue mécaniquement les surfaces sur lesquelles l'air vital se met en contact avec le sang; dans tous les cas enfin où faute par l'air de communiquer avec les derniers rameaux de l'artère bronchique, de quel intérêt n'est-il pas d'avoir sous la main un remède énergique qui incise, comme parlaient les anciens, ces masses épaisses de matières étrangères; qui les atténue, les divise, facilite leur résorption, les réduise à un état tel que le jeu de la fonction respiratoire suffise à leur expulsion? C'est ce genre de service que rendent les expectorans; mais on doit voir, par le simple exposé des circonstances qui les réclament, que l'intervention du polygala ne remplit pas toujours cet objet. Admettons pour le moment qu'on le fasse prendre au milieu du tumulte des symptômes fébriles de la première période d'une diphthérite ou d'une pneumonie, lorsque tous les phénomènes déposent de l'activité exubérante du système circulatoire, et de la présence d'un point d'irritation fixé sur la muqueuse trachéale ou pulmonaire, qui ne voit que la stimulation dont le polygala recèle le principe tourne au profit de la phlogose de l'organe respiratoire, et qu'en accroissant outre mesure cette dernière il empire la cause de la maladie, au lieu d'aider à sa résolution. Le polygala n'aurait pas plus de succès s'il était employé au moment où les poumons et les bronches sont exposés à une constriction spasmodique violente, comme on l'observe, par exemple, au début d'une attaque d'asthme, dans la coqueluche, ou à l'apogée d'une angine de poitrine. Ici le polygala nuirait par les mêmes raisons qui le rendent si utile dans d'autres cas.

Supposons au contraire que le spasme de ces organes se résolve, ou que la phlogose dont ils sont pris vienne à décliner, c'est l'instant où cette substance exerce avec les plus grands avantages ses propriétés expectorantes. La stimulation qu'elle procure ne peut plus rien sur une irritation pathologique qui a cessé d'exister; tandis qu'elle soutient le ton des parties malades, et les provoque à se débarrasser, par la route la plus courte, de l'excrétion morbide qui résidait dans leur tissu. Après les explications précédentes, on doit faire attention à deux choses avant de se décider à employer le polygala : 1° à la nature de la maladie, 2° à la période de son cours. L'affection est-elle inflammatoire? Tant qu'il y aura dans la poitrine une douleur aiguë; tant que la face sera rouge, la peau sèche et brûlante, la soif intense, la circulation précipitée, repoussez le polygala comme vous repoussez les stimulans et les toniques : les seuls expectorans à permettre ce, sont les émolliens et les antiplogistiques. C'est avec raison que nous ne comprenons pas la difficulté de la respiration parmi les signes d'une contre-indication du polygala. La gêne respiratoire provient de deux sources bien différentes : souvent elle tient à l'activité de la phlogose, et alors la plupart des signes précédens accompagnent la gêne respiratoire; mais elle naît aussi souvent des seuls obstacles, quelle que soit leur nature, qui s'opposent au facile accès de l'air dans les poumons. C'est ainsi qu'au déclin de toutes les maladies pectorales, même des plus aiguës, alors qu'il n'y a plus lieu aux antiphlogistiques, et particulièrement aux approches d'une expectoration critique parfaite, la poitrine se montre très-embarrassée, sans qu'il y ait à redouter, comme on pourrait l'appréhender d'après ce symptôme unique, que l'affection pulmonaire menace de rétrograder. La même observation s'adresse aux signes déduits des bruits entendus dans la cavité pectorale : à l'instant où l'affection pulmonaire tend à se résoudre, on perçoit toutes sortes de râles qu'on avait cessé de remarquer. Ces râles ne prouvent autre chose que le travail de la matière de l'engorgement des vésicules pulmonaires, dans l'imminence d'une expectoration critique.

On doit écarter également le polygala lorsque la pâleur de la face, la contraction convulsive du thorax et du diaphragme, la petitesse du pouls, l'agitation générale, signalent une attaque d'asthme : ici les vrais expectorans sont fournis par la classe des antispasmodiques et des révulsifs énergiques. Le spasme de l'organe pulmonaire ne peut céder par l'application des excitans. Travaillez d'abord à rompre l'état convulsif qui retient dans l'immobilité les vésicules de ce viscère : il ne sera temps de recourir au polygala qu'après que cette contraction vicieuse sera dissipée. L'emploi du polygala n'est indiqué qu'à la fin de toutes ces maladies pour lesquelles on le recommande. Il est encore indiqué lorsque ces maladies de poitrine, quoique à leur apogée, dépendent d'une autre cause qu'une inflammation franche. Pour exemple de cette espèce de maladies, on peut citer la pneumonie de l'enfance, celle de sujets délicats et cacochymes, les catarrhes et les pneumonies des vieillards. C'est une erreur fort préjudiciable de s'imaginer que les affections de poitrine qui attaquent les sujets de ces trois classes offrent la même nature que les mêmes affections qui attaquent des sujets jeunes, forts et vigoureux. Il est vrai que dans les uns comme dans les autres, la plupart des symptômes sont les mêmes, c'est-à-dire qu'ils ont tous la respiration plus ou moins gênée, une fièvre plus ou moins vive, des bruits pectoraux communs. Il y a pourtant, même dans les symptômes, des différences essentielles qui font déjà supposer que quoiqu'on désigne ces maladies par des dénominations pareilles, elles n'ont pas exactement la même nature. Les différences suggèrent dans les sujets faibles ou très-jeunes le besoin de mettre promptement de côté la méthode débilitante, pour la remplacer par un degré de stimulation modérée. Le polygala conviendra donc davantage dans les mêmes maladies sur ces sortes de malades que sur ceux dont la constitution se prête mieux à l'inflammation. Indépendamment des dispositions relatives à l'âge, au tempérament et aux habitudes, il

règne quelquefois des affections de poitrine incompatibles avec l'usage trop répété des sangsues. Ces affections, que Sydenham, Huxam et Stol ont mentionnées, ont été nommées fausses pneumonies, pour indiquer qu'on ne doit pas les considérer comme des inflammations pures, ni les traiter d'après les mêmes lois. Dans cette espèce dont les pneumonies des vieillards et des enfans donnent une bonne idée, le polygala, à la suite d'une ou deux saignées, arrive fort à propos pour désemplir la cavité pectorale des sucs muqueux ou séreux dont elle est surchargée. Il s'associe très-bien alors avec les évacuans gastriques que Sydenham recommande avec tant d'instance, et avec les épispastiques ou les irritans cutanés. Tel est l'usage qu'il faut faire du polygala à titre d'expectorant. On l'a employé, nous ne l'ignorons pas, pour d'autres indications pathologiques, notamment contre l'ophthalmie, et comme diurétique; mais nous savons aussi que son action dans ces circonstances est très-faible, et qu'il est aisé de lui substituer des agens plus directs. A quelque maladie qu'on l'adresse, il ne faut pas perdre de vue qu'il est doué d'une vertu stimulante, et qu'il doit être banni partout où il y a un éréthisme quelconque, inflammatoire, nerveux ou autre à apaiser. L'instant favorable, c'est lorsque cet éréthisme cesse, et à plus forte raison lorsqu'il n'a jamais existé. Ces principes généraux, quand il agit dans les affections des organes thoraciques, règlent aussi son emploi.

Le polygala a été pris jusqu'ici en quantité trop considérable; il n'a pas été non plus convenablement administré. On le conseille ordinairement en décoction à la dose d'une once et demie, de deux à trois onces dans deux pintes d'eau, jusqu'à réduction d'une pinte. Cette proportion est trop élevée : il ne faut pas oublier que cette substance peut occasionner des accidens d'empoisonnement, si l'on dépasse une certaine quantité. La dose légitime est de demi-once à une once en infusion froide dans une pinte d'eau, ou mieux encore dans une infusion d'eau tiède. Le procédé de faire bouillir le polygala est défectueux; sa partie active ne se montre jamais mieux que par infusion à une chaleur peu élevée. L'alcool bouillant dissolvant aussi le principe essentiel de cette substance, on peut ordonner le polygala sous forme d'extrait alcoolique. On peut aussi employer la racine de polygala en poudre, d'après la formule suivante : *polygala en poudre, un gros; eau pure, quatre onces.* On pourrait remplacer le véhicule de cette poudre par un looch ou un julep, avec ou sans addition de tout autre médicament. L'acide polygalique nouvellement extrait du polygala par M. Quevenne réunit toutes les propriétés du polygala, et peut le remplacer. Il paraît, d'après les expériences de ce pharmacien, qu'un grain de cet acide représente un gros de polygala : un à deux grains d'acide polygalique serait donc la dose médicinale de cette substance. On pourrait graduellement l'augmenter jusqu'à quatre, huit grains ou davantage, pourvu que ce soit par degrés : car il n'a fallu que huit grains de cet acide pour produire la mort sur les animaux.

Du traitement employé à la Pitié, par M. Lisfranc, dans l'esthiomène ou dartre rongeante.

Tout le monde sait combien les dartres rongeantes sont rebelles; nous avons déjà eu l'occasion de signaler plusieurs fois les tentatives diverses des praticiens pour arriver à une méthode curative plus certaine et plus prompte. La cautérisation, moyen puissant et le plus généralement mis en usage dans cette maladie, est loin d'obtenir les résultats qu'on peut en attendre, et cela, nous devons le dire, faute quelquefois d'être employée avec discernement et dans les conditions qui peuvent lui donner toute sa valeur. Cette question ayant été traitée par M. Lisfranc dans l'une de ses dernières leçons de clinique à la Pitié, nous allons exposer les idées de cet habile chirurgien. Nous le laissons parler lui-même.

Au n° 6 de la salle des femmes se trouve une jeune fille âgée de 17 ans, entrée à l'hôpital avec une dartre rongeante siégeant sur le nez et existant depuis deux ans environ; cette malade avait été adressée par une grande dame de Paris, qui, après avoir pris l'avis de plusieurs chirurgiens distingués, était persuadée qu'il n'y avait d'autre ressource que l'ablation du nez, pour recourir ensuite à la rhinoplastie. Le nez, en effet, était alors extrêmement volumineux, présentait des végétations considérables et des ulcérations très-profondes.

Au n° 16 de la même salle est également couchée une jeune femme de 23 ans, présentant la même affection, avec cette différence que chez elle il ne s'était point développé de végétations; l'ulcération était sèche, mais n'en était pas moins meurtrière; elle avait détruit la moitié des cartilages du nez, de bas en haut, en même temps que la cloison et la sous-cloison de cet organe.

Ces deux malades avaient été soumises à un grand nombre de traitemens. On avait eu recours à la cautérisation; mais elle avait été employée d'une manière peu rationnelle, et la maladie s'était aggravée.

On avait beaucoup préconisé dans ces cas les cautérisations avec le protonitrate acide de mercure; on apportait des observations de succès, c'était pour nous un motif puissant d'employer ce moyen; mais bientôt nous nous aperçumes que s'il était des cas où ces cautérisations étaient utiles, il en était d'autres où elles étaient peu avantageuses, et même où elles étaient très-nuisibles. Il nous appartenait de rechercher et de distinguer les cas où cette médication réussissait et ceux où elle était funeste : c'est ce que nous avons fait.

Toutes les fois que la dartre était accompagnée d'une douleur très-vive, que la malade en souffrait plus ou moins constamment, si on pratiquait une cautérisation, toujours ou presque toujours cette cautérisation agissait au bénéfice de la maladie, qui s'aggravait par l'augmentation de l'inflammation. Or, nous pensâmes qu'avant de faire la cautérisation dans les circonstances que nous venons d'indiquer, il fallait recourir à des évacuations sanguines; non pas destinées à guérir, comme certaines personnes l'ont prétendu, mais pour diminuer l'inflammation et favoriser par conséquent l'action de

la cautérisation. En agissant d'après les principes que nous venons d'établir, nous ne tardâmes pas à nous assurer que dans la plupart des cas la cautérisation, loin d'être nuisible, produit au contraire des effets très-avantageux. Les surfaces changent d'aspect, et la cicatrisation commence alors aussi à marcher de la circonférence au centre; mais il y a quelquefois des points d'arrêt dans l'action de ce traitement; et, quoique la cautérisation fût pratiquée suivant l'indication que je viens de poser, celle-ci cependant n'était point utile, parce qu'elle dépassait le degré d'action nécessaire, qu'elle était trop active. Alors que fallait-il faire? s'attacher de nouveau à diminuer l'irritation trop forte que nous avions déterminée : c'est aussi ce que nous avons fait, et ainsi l'inflammation a été diminuée, flétrie, c'est le mot. La cautérisation a ensuite admirablement réussi, c'est-à-dire que la plaie s'est détergée, et que la cicatrice a commencé à marcher.

Ainsi, dans le traitement des dartres rongeantes par la cautérisation avec le protonitrate acide de mercure, voici les indications que nous suivons.

Avant de cautériser, il faut qu'il n'y ait pas trop d'irritation.

Quand il y a une douleur un peu prononcée, que la rougeur est vive, qu'il existe une caloricité trop élevée, il faut saigner pour diminuer l'éréthisme.

Beaucoup de personnes, parce que la mode s'étend à tout, veulent appliquer des sangsues dans ces cas. Il faut se bien garder d'employer cette méthode; car, quand même elles seraient posées à deux ou trois pouces du point malade, elles pourraient déterminer par leurs morsures de petites plaies qui se convertissent en véritables dartres rongeantes.

Je donne donc, pour cette raison, la préférence à la saignée; et, comme on peut être obligé de les réitérer souvent, je les fais petites et dans un point éloigné du lieu malade, pour les rendre dérivatives. On a nié, en France, les effets de la saignée dérivative, et on a eu le plus grand tort : dans la maladie présente, ce n'est pas contre la fièvre que nous saignons, c'est pour dériver le sang. J'ai souvent pratiqué des saignées dérivatives d'une palette sur vingt ou vingt-cinq femmes, placées dans mes salles pour des affections de l'utérus, et, dix-neuf fois sur vingt, les douleurs utérines ont été enlevées en deux ou trois jours; et, chose digne de remarque, lorsque ces saignées ont dû être répétées plusieurs fois dans l'intervalle de quinze ou vingt jours, les malades avaient ensuite des maux de tête, des vertiges et des signes de congestions sanguines vers cet organe ou vers la poitrine. C'est donc une idée médicale importante à émettre, que celle de proscrire ces sortes de saignées quand les sujets sont disposés à l'apoplexie ou aux maladies du cœur.

A quelle époque faut-il renouveler les cautérisations, quand d'ailleurs il n'y a pas cette irritation et cette inflammation qui exige les saignées et oblige à attendre? Il y a des gens qui disent tous les huit jours, et moi je dis tous les huit jours *environ*, car le chirurgien ne peut ainsi fixer sa marche par étapes. Quand après la cautérisation votre plaie se détergé bien, ou qu'elle est détergée, que les bourgeons charnus sont de bonne nature et que la cicatrice marche, à quoi bon faire de nouvelles cautérisations? laissez faire, une seule cautérisation ou bien deux peuvent vous suffire.

Mais, quand la cicatrisation ne marche pas, qu'elle est stationnaire ou que la plaie a de la tendance à reprendre un mauvais aspect, cautérisez sur-le-champ, à moins qu'il n'y ait par trop d'inflammation : il faut que vous soyez toujours dirigé par l'observation.

Écoutez bien! il arrive une époque à laquelle vous n'avez plus affaire à un ulcère rongeur : votre ulcère est devenu ulcère atonique: il en présente tous les caractères; et je parle de l'ulcère atonique ordinaire et non de celui qui est compliqué; votre médication a changé complétement les phénomènes de la maladie. Savez-vous alors ce qui arriverait si l'on continuait à être dirigé par l'idée qu'on a toujours à traiter un ulcère rongeant, et qu'on employât encore la cautérisation? On serait extrêmement nuisible au malade, on surexciterait le mal et l'on ferait renaître l'ulcération rongeante. Dans ces cas d'ulcères atoniques, il faut panser avec le vin aromatique et les autres moyens usités en pareille circonstance et tâter l'organisme; car tous les moyens ne réussissent pas également bien, suivant les idiosyncrasies.

Ce n'est pas tout, quand vous cautérisez, dans quelle intention devez-vous le faire? Est-ce pour désorganiser les tissus, est-ce pour changer leur mode de vitalité? Il n'y a pas le moindre doute que vous agissez dans cette dernière intention Et à cet égard nous croyons qu'on a peut-être tort de se servir du mot *cautérisation*, parce que les mots représentent les pensées, et que celui-ci veut dire détruire, brûler, désorganiser, au lieu qu'il s'agit ici plutôt de modifier les propriétés vitales du tissu que de le détruire; on devrait donc dire *toucher les ulcérations avec le caustique* et non *cautériser*.

On essuie le point sur lequel la cautérisation doit être pratiquée, parce que le protonitrate acide de mercure se combine avec les liquides qui baignent la plaie, et n'agit pas suffisamment; une couenne blanche se forme, c'est de l'albumine, et au-dessous d'elle les tissus sont intacts; on n'a rien fait du tout.

Pour cautériser, je plonge un très-petite pinceau à miniature dans le protonitrate acide de mercure, et je touche légèrement la surface deux fois avec la rapidité avec laquelle s'écoule une seconde.

Dans quelle étendue faut-il cautériser? Quand la plaie est large, il faut bien se garder d'agir sur toute sa surface, vous pourriez déterminer les accidens les plus graves et même l'empoisonnement. Dans ces cas, je me contente de cautériser les deux points les plus éloignés possibles l'un de l'autre, légèrement et dans l'étendue, sur chacun de ces points, d'une pièce de trentre sous ou de trois francs. Ce qu'il y a de remarquable et ce que l'expérience a fait constater, c'est que les points de l'ulcération qui n'ont pas été cautérisés en éprouvent l'influence, et qu'ils sont modifiés tout comme les points où la cautérisation a eu lieu; il y a même plus, c'est

qu'il nous est arrivé de cautériser chez un malade un ulcère à la cuisse, et qu'un ulcère sur le ventre, qui n'avait pas été touché, a été puissamment modifié. Voilà des faits très-remarquables, des faits extrêmement pratiques et qui nous font répéter : Honneur soit rendu au chirurgien éclectique! Tant pis pour ceux qui veulent des systèmes en médecine, pour nous, nous les avons en horreur !

Ordinairement les dartres rongeantes sont produites par un vice herpétique et presque toujours, quand on a guéri cette affection on a affaire à un *mélicéris*, ou à une dartre furfuracée, ou à une petite dartre pustuleuse ; ce qui revient à cette grande idée que les dartres peuvent passer par tous les intermédiaires pour arriver au degré le plus élevé, et qu'elles peuvent finir comme elles ont commencé.

Je n'ai pas besoin de dire que ces dartres légères, comparativement à la dartre rongeante, doivent être combattues d'après les principes admis partout, et que, si elles sont négligées, elles peuvent reprendre le caractère rongeant ; ni enfin que, dans beaucoup de circonstances, quelques précautions qu'on prenne, les dartres rongeantes ont une tendance à récidiver ; qu'elles le font quelquefois, mais pas toujours.

Et considérant que quelquefois le vice herpétique est inhérent à la constitution, un exutoire est nécessaire pour empêcher le principe morbifique de se porter sur quelque viscère et compromettre la vie.

La malade du n° 16 était presque guérie, lorsqu'elle a été prise d'une variole confluente, dont elle a été traitée dans les salles de M. Serres. Elle nous est revenue avec un *mélicéris;* elle présentait des croûtes jaunes ressemblant à du miel. Nous avons fait tomber les croûtes avec de l'huile ; il y avait de la rougeur sous elles ; nous aurons peut-être encore besoin de la cautériser une fois.

La malade du n° 6 est guérie, à l'exception qu'elle présente une dartre furfuracée; nous ferons tomber ces croûtes légères; nous recourrons encore au même moyen, et c'est alors que nous emploierons chez elle les purgatifs et les amers à l'intérieur. A.

N° 18. — 30 Sept.

Études et recherches thérapeutiques sur la goutte.

TROISIÈME ARTICLE.

La cure *radicale* de la goutte, ainsi que je l'ai dit, est un ploblème dont la solution a occupé de tout temps les médecins et ceux qui usurpent leurs nobles fonctions. Cette thérapeutique peut même être considérée comme une sorte de pierre philosophale qu'on se propose toujours de trouver, même à notre époque de doute, d'incertitude ou de quiétisme scientifique sur ce point de pathologie. Quant à moi, loin de blâmer de pareilles recherches, je pense qu'il faut les encourager, surtout quand elles sont faites avec soin et méthode, avec science et conscience. Il arrive ici ce qu'on a vu dans l'alchimie : tout en poursuivant un but chimérique, on trouve çà et là de bonnes vérités dont l'art fait son profit. Il faut le dire, un obstacle invincible, insurmontable jusqu'à présent, s'oppose à la solution complète du problème, c'est que la nature même de la goutte, le *το θεῖον* de cette maladie, est pour nous entièrement ignoré. A qui donc alors vous adresserez-vous dans cette circonstance? Irez-vous, les yeux bandés, attaquer un fantôme qui fuit sans cesse et que vous ne pourrez jamais saisir? Je sais très-bien qu'on répond à cela que tous les jours on guérit radicalement des maladies dont la spécialité causale nous est également inconnue. Il est vrai, le hasard, une expérience longuement soutenue, nous ont quelquefois mis sur la voie de guérison complète pour certaines affections; mais jusqu'à présent, quant à la goutte, le hasard nous a refusé son secours, et l'expérience a constamment prouvé l'inutilité et même le danger d'une foule de remèdes prônés par l'ignorance et la cupidité, accueillis par la crédulité ; or si l'axiome *naturam morborum ostendit curatio* est fondé, avouons que cette nature nous est tout à fait inconnue. Et puis comment espérer de guérir radicalement une maladie qui, dans beaucoup de cas, ayant duré de longues années, est devenue constitutionnelle, coexistente avec la vie, pour ainsi dire ; qui a saisi toute l'économie, envahi successivement tous les tissus, altéré une foule d'organes, gêné plusieurs fonctions; qui, enfin, paraît tellement inhérente à l'organisme, qu'elle se transmet par le sperme à la génération suivante? Aussi le remède universel de la goutte, ce *panpharmacon*, toujours promis, toujours *annoncé*, ne se réalise-t-il jamais. Cependant il ne faut rien exagérer ; de ce qu'on ne guérit pas toujours et radicalement de vieilles gouttes, il ne faut pas croire que la médecine reste impuissante contre cette maladie, ce serait un autre excès. Non-seulement il y a des médicamens et surtout des méthodes de traitement efficaces contre l'affection morbide dont il s'agit; mais à l'aide de moyens hygiéniques bien combinés, et employés avec persévérance, on peut, avec une espèce de *certitude*, oui, de certitude, la détruire, ou du moins la réduire à son minimum d'action. A la vérité, on n'attaque directement que les causes secondaires; mais ces causes sont assez puissantes pour donner au principe arthritique sa virulence et son activité. L'essentiel sur ce point est d'être secondé par les malades eux-mêmes, ce qui n'arrive pas toujours : il y a même une remarque importante à faire à cet égard.

Il est des goutteux qui veulent guérir à tout prix et par toutes voies, quel que soit le degré de leur maladie : ceux-là sont toujours prêts à consulter, non-seulement leur médecin, mais malheureusement aussi à tomber dans le servile engouement des drogueurs empiriques. Trop souvent ils accordent la plus intrépide confiance à quiconque prétend avoir d'infaillibles moyens pour guérir cette maladie, sauf ensuite à apprendre à leurs dépens ce que vaut une pareille assertion. On trouve au contraire des martyrs de la goutte qui, bien persuadés que cette maladie est un crise salutaire, un travail épuratoire, et par conséquent un brevet de santé, comme ils disent, ne font rien ou presque rien pour la combattre. Ils imiteraient volontiers cet auteur qui a écrit

la dissertation intitulée *De deâ prodagrâ* (Feltman, Brême, 1693); satisfaits de leur état et de leurs souffrances articulaires, ils les regardent comme un exutoire spontané, un bienfait de la nature. Varron comptait, dit-on, trois cents espèces de bonheur, mais je ne pense pas qu'il ait jamais rangé parmi ces espèces la béatitude goutteuse. L'erreur vient de ce que les goutteux ont rarement d'autres maladies que la leur, ce qui lui fit donner jadis le nom de *dominus morborum*. Mais outre que le contraire est souvent démontré, on doit savoir que la goutte ne préserve d'autres maladies que par la sobriété et le régime auxquels elle contraint. Quoi qu'il en soit, le plus grand nombre de ces malades, regardant la goutte comme une affection grave de sa nature, intolérable dans ses effets, ses récidives, sa persistance, dangereuse dans ses résultats, consent à suivre un traitement et un régime rationnels, quand ce ne serait que pour maintenir la maladie dans un cercle le plus limité possible. C'est pour cette classe de malades que les vrais médecins ont fait tant de recherches sur cette maladie et proposé tant de remèdes. Je me garderai bien d'exposer un pareil *farrago* médicamenteux, mon intention n'étant que d'indiquer ceux dont une expérience positive a démontré l'efficacité. Pour les bien connaître, quoique rapidement, il est indispensable d'établir l'ordre suivant : les sudorifiques, les narcotiques, les purgatifs, les diurétiques, les anti-périodiques, les remèdes empiriques, les applications externes, les moyens hygiéniques.

1° Dès la plus haute antiquité, on a essayé les *sudorifiques* contre la goutte, mais avec des résultats très-variables. A bien comparer ces résultats, les bains de vapeur plus ou moins actifs, plus ou moins répétés, sont ceux qui paraissent avoir une efficacité incontestable. Je les avais recommandés à un vieux général, ayant la diathèse goutteuse la plus prononcée; il fut trois ans sans ressentir aucune attaque sérieuse de sa maladie. Le seul inconvénient de ces bains est de rendre la peau extrêmement impressionnable aux intempéries atmosphériques : il faut donc, pendant leur emploi, se préserver avec un soin tout particulier du froid, de l'humidité et du brouillard. Il est encore deux autres précautions qu'il ne faut pas négliger pendant l'administration de ces bains : la première, de s'en abstenir tout à fait pendant un état de température extrême, froide ou chaude, et on en sent la raison; la seconde, de veiller à ce qu'il n'y ait point imminence de congestion sanguine cérébrale ou pectorale, surtout quand le malade est pléthorique, ce qui est le plus ordinaire. Quelques sangsues préalablement appliquées à l'anus pourront produire de bons effets. Quelquefois aussi on se fait suer en se mettant nu dans un baignoire recouverte d'une forte couverture de laine. Une lampe à esprit de vin placée dans cette baignoire détermine bientôt une forte transpiration : c'est ce qu'on nomme un *bain de calorique*.

Quelques personnes préconisent maintenant les *bains russes* contre les affections goutteuses et rhumatismales. Quant à moi, je crains que la mode ne fasse sentir ici sa toute puissante influence. Je ne sais si dans nos climats incertains, si avec nos tempéramens usés, fatigués par les labeurs énervans de la civilisation, on peut s'exposer au contraste subit de deux températures extrêmes : il s'en faut que jusqu'à présent les résultats aient répondu aux espérances.

Je place aussi parmi les sudorifiques anti-goutteux sur lesquels on peut compter, quand la goutte ne présente pas un caractère d'acuité trop prononcé, la solution de résine de gaïac par l'alcool, donnée à des doses variées dans une décoction de chiendent légèrement nitrée et édulcorée. J'ai vu amender la goutte au moyen de la formule suivante anciennement connue.

Pr.	Résine de gaïac.	℈ j.
	Sel volatil de corne de cerf.	gr. xlij.

Dissolvez dans un jaune d'œuf et ajoutez :

	Eau commune,	℥ iij.
	Sirop de guimauve.	℥ i.

Faites selon l'art. A prendre en deux ou trois doses, le soir avant de se coucher. Potion qu'on réitère plusieurs jours de suite, à moins de contre-indication.

2° On a toujours beaucoup vanté ou blâmé les *narcotiques* pour la guérison radicale de la goutte. Ce que j'en ai dit précédemment est la preuve qu'on n'est nullement d'accord sur ce point. Toutefois, quand le sujet est très-irritable, qu'il y a dans son économie tolérance pour ce médicament, on en obtient des effets qui sont toujours salutaires. Il ne faut pas même craindre, dans certaines circonstances, d'en élever assez haut les doses, quoique toujours graduellement. Le point essentiel est de veiller à ce qu'il n'y ait pas de narcotisme, et que la constipation ne soit pas trop opiniâtre.

De l'aveu d'un grand nombre de médecins, l'extrait de ciguë n'a pas eu beaucoup de succès, au moins en France. Il en est de même de l'extrait d'aconit napel, vanté par d'autres. Voici pourtant ce que dit Barthez : « Un long usage de pilules de ciguë et d'aconit a guéri parfaitement M. l'abbé Manu d'une goutte invétérée et cruelle. » (*Traité des maladies goutteuses*, I, 151.) Je pense que ces différences tiennent aux modes divers de préparation de ces médicamens, préparations faites avec plus ou moins de soin, mais toujours fort importantes pour les résultats.

3° Les *purgatifs* ont été employés contre la goutte à toutes les époques, mais surtout en Angleterre. Qui est-ce qui n'a pas entendu parler de l'eau médicinale d'Husson et de ses miraculeux effets? Le jalap, la gomme gutte, l'extrait délaterum, l'aloës, le calomel, ont aussi été donnés à des doses et sous les formes très-variées. Mais ici se présente une question fort importante: parmi les substances purgatives, en existe-t-il qui aient de véritables propriétés spéciales anti-goutteuses? ou bien toutes n'agissent-elles que comme de simples révulsifs? Question fort importante et qui n'est nullement résolue. Toujours est-il que l'expérience a prononcé; les purgatifs ont une action plus ou moins directe sur le

principe arthritique. Ceux qui sont très-actifs, employés de préférence dans le nord, ont eu des succès incontestables ; mais souvent aussi leur emploi répété peut amener de graves accidens. J'ai vu le médicament de Leroi, cette panacée universelle pour quelques personnes, il y a peu d'années, produire d'étonnantes améliorations, et, dans d'autres cas, déterminer de funestes résultats. Le purgatif le plus employé maintenant est sans contredit le colchique. Il est certain que, dans beaucoup de cas, ce médicament a produit un soulagement marqué, quelquefois assez prompt et qui s'est soutenu plus ou moins longtemps. C'est au malade à savoir si son estomac peut en supporter l'action, car ce remède occasionne parfois de vives coliques et un incroyable malaise. La superpurgation doit être évitée, mais il faut que l'effet purgatif ait lieu, sans quoi il n'y a pas d'action sur la goutte. De toutes les préparations de colchique, celle qui m'a paru la plus efficace est la suivante :

Faites macérer pendant quatre jours *une partie* de graines choisies de colchique dans *dix parties* de vin de Malaga. On filtre ensuite la liqueur. Ce médicament ainsi préparé est administré à la dose d'une once, trois fois par jour.

Malgré les bons effets du colchique, on serait dans l'erreur, si l'on croyait à l'infaillibilité de son action contre la goutte, et surtout à ce qu'il détruit complétement le principe de cette affection. J'ai vu beaucoup de goutteux soulagés par l'emploi méthodique de ce médicament je n'en ai jamais vu *un seul* radicalement guéri.

4° Parmi les *diurétiques* anti-goutteux, on pourrait aussi compter le colchique, car il agit souvent d'une manière active sur les voies urinaires, particulièrement l'*oximel colchique*. Les autres diurétiques vantés contre l'arthrite goutteuse sont à peu près nuls. J'en excepte le petit lait coupé avec le vin de Champagne, dont j'ai parlé à l'occasion du paroxisme aigu de cette maladie. Il en est encore un autre bien simple, de plus facile à préparer et nullement dispendieux : le croirait-on ? c'est la décoction peu chargée de graine de lin, édulcorée et légèrement nitrée, prise à jeun le matin, à la dose de deux ou trois tasses. On pourra sourire du remède, qui en effet tient une place bien modeste dans la pharmacopée anti-goutteuse ; mais j'affirme en avoir vu de bons et constans effets. Il est évident que ce moyen n'agit que comme délayant, comme facilitant le cours des urines, éliminant sans doute par là certains principes producteurs de la goutte.

5° Les *anti-périodiques* devaient avoir, et ont en effet, une action positive sur la goutte. Le physiologisme, qui a tant retardé les progrès de la thérapeutique, avait adopté la bizarre idée que la goutte n'était qu'une gastrite chronique, tandis que rien n'est plus démontré que la puissance de faculté digestive des goutteux en général. Qu'est-il arrivé ? C'est qu'on a complétement négligé de s'assurer si le quinquina guérissait la goutte, comme l'ont prétendu Held, Haygarth, Small, et surtout Tavarès, médecin portugais. On sait que ce dernier ayant un goutteux à traiter, celui-ci consulta en secret une espèce de chirurgicastre qui le guérit radicalement. Tavarès, curieux de connaître le moyen si heureusement employé, prit des informations exactes, et il sut que ce remède si efficace n'était autre que le quinquina ; il l'administra lui-même dans la suite avec de bons résultats. Gianini, Alph. Leroy, prétendent aussi avoir employé ce médicament avec d'incontestables succès. Quand l'expérience vient appliquer sa pierre de touche, un remède est bientôt déclaré nul, dangereux ou efficace ; mais le mode d'expérimenter est fort important, de là viennent les résultats les plus positifs ; or, jusqu'à présent, ce mode varié, méthodique, n'ayant pas encore eu lieu pour l'emploi du quinquina dans la goutte, les praticiens restent dans l'incertitude. D'ailleurs, comme la périodicité de la goutte n'a pas lieu d'une manière exacte et précise, il est difficile de croire que l'action du quinquina suffise pour arrêter complétement les paroxismes de la maladie dont il s'agit. J'ai pourtant donné le sulfate de quinine à quatre malades atteints de la goutte ; depuis cette époque, c'est-à-dire depuis deux ans environ, ces malades n'ont eu que de légers retours de leur maladie ; mais les conclusions hâtives sont si fallacieuses quand il s'agit de thérapeutique, il est souvent si incertain de dire qu'une maladie a été guérie *après* et *d'après* tel ou tel remède, qu'il convient de multiplier les faits sur l'important objet qui nous occupe. Il nous suffit de savoir que l'emploi de la quinine contre la goutte est rationnel, et ne peut avoir de suites fâcheuses.

6° Les remèdes *empiriques*. Je comprends dans cette classe ceux dont l'action ne peut se rapporter à une indication positive à remplir. Ces remèdes sont très-nombreux indépendamment de ceux que les médicastres et même quelques médecins commères vantent sans cesse aux malades opulens. Je me garderai bien de tirer de leur obscurité beaucoup de ces médicamens dont la plupart ont eu dans leur temps une certaine vogue, ainsi que ceux qui les ont vantés. En effet, combien de charlatans, tombés depuis dans la boue du mépris public, n'ont pas laissé que de jouir d'une certaine réputation de guérisseurs de la goutte ! D'un autre côté, pourquoi rejeter tout sans examen ? Le hasard, les inspirations instinctives, ne peuvent-ils pas mettre sur la voie de choses importantes ? Jenner n'a point méprisé ce que le peuple du comté de Glocester répétait, et nous avons eu la vaccine. Un aveugle empirisme et un dogmatisme hautain sont également dangereux en médecine : ainsi, j'ai vu un homme n'ayant pas les plus légères notions de notre art, non pas guérir complétement, mais soulager beaucoup de goutteux, par l'usage interne et externe d'une substance fétide que je reconnus ensuite pour l'huile animale de Dippel, médicament peut-être trop négligé de nos jours. Il est aussi des remèdes empiriques préconisés par des hommes instruits ; il faut ranger parmi ces remèdes l'effrayante multiplication des verres d'eau chaude de feu Cadet Gassicourt, la poudre de James, les eaux gazeuses, etc. Le docteur Wytt, cité par Scudamore, rapporte un exemple des effets remarquables de l'eau de chaux pour procurer *l'entière*

exemption des retours fréquens de la goutte. Je sais bien que parmi ces remèdes empiriques, il en est dont l'emploi a quelque chose d'étrange, de gâte-nature en quelque sorte, qui fait qu'un médecin sensé répugne à y recourir. Cependant il faut remarquer que la goutte devenue chronique, ayant intimement pénétré l'économie, est un principe éminemment destructeur de nos organes, qu'on doit chercher à le détruire ou le contenir par tous les moyens possibles. Il arrive encore qu'un médicament, qui ne réussit pas chez tel goutteux, obtient un succès marqué chez un autre : ce qui ferait presque pardonner, comme je l'ai dit, la ridicule polypharmacie dirigée contre cette affection.

7° Les remèdes externes. En parlant du paroxisme aigu de la goutte, j'ai fait mention des topiques dont l'application paraît la plus efficace ; j'ajouterai seulement ici, où il s'agit de la goutte chronique, qu'il faut insister pour que les applications externes soient toniques, dans un degré proportionné à l'état de faiblesse de l'articulation. Parmi ces médicamens, je range le cataplasme de Pradier, dont on trouve la formule partout ; le liniment de Quarin, avec le savon cuit et le camphre ; les bains de pied d'eau ferrée ; ces mêmes bains dans une décoction de tabac, dans le marc de raisin chaud et arrosé d'eau-de-vie ; les douches d'eaux sulfureuses. N'oublions pas non plus les pommades faites avec l'iode, recommandées par le docteur Gendrin, et dont j'ai vu de bons effets.

Dans la goutte chronique, les articulations se remplissent quelquefois de concrétions tophacées, formées d'une partie d'urate, de phosphate de chaux et d'une matière animale. Je dis quelquefois, car dans certains cas de goutte il ne s'en forme pas, tandis que cette matière abonde chez d'autres malades. On a vu ces concrétions se multiplier tellement dans certains cas, que l'économie en paraissait saturée. Quelqu'un a remarqué à ce sujet que de vieux goutteux étaient comme ensevelis vivans dans la *craie*, et qu'on aurait pu élever un tombeau avec le *plâtre* fourni par leurs articulations. Quoi qu'il en soit, ces observations sont très-rares. Le plus ordinairement, ces concrétions sont en petit nombre dans les articulations souffrantes ; les applications externes ont peu d'efficacité pour les dissoudre ; elles se détruisent à la longue, quand la maladie s'éteint et se dissipe peu à peu. Si elles sont nombreuses et d'un volume remarquable, il est presque impossible de les détruire, non-seulement à cause de leur siége, de leurs adhérences, mais parce qu'elles sont la preuve que la maladie est ancienne, tenace, qu'il y a une véritable cachexie goutteuse.

8° Les moyens hygiéniques ont une telle importance dans cette maladie, que sans eux aucun traitement ne peut réussir, et que seuls ils apportent une amélioration assez marquée pour rendre la maladie très-tolérable. Cela est incontestable, et si les observateurs diffèrent sur beaucoup de points de cette maladie, ils sont unanimes sur celui-ci. Le principe fondamental est de faire en sorte que l'économie soit excitée le moins possible sous le rapport physique et moral. On doit voir ici l'importance et la vérité des considérations générales que nous avons exposées sur cette maladie. Le régime sur-azoté doit donc être proscrit avec soin ; il faut manger peu de viande et surtout de viandes noires. Le régime végétal, quand on peut le supporter, et on y parvient presque toujours avec le temps, est à préférer de beaucoup. Le vin, les liqueurs spiritueuses ne donnent pas la goutte, comme on le répète depuis si longtemps ; mais à coup sûr, leur usage entretient et complique singulièrement la maladie. Je connais deux médecins goutteux dont l'état est très-tolérable ; mais s'avisent-ils de boire un peu de vin, il y a aussitôt une recrudescence très-marquée de la maladie. L'un d'eux, forcé de devenir abstème, se regarde même comme guéri, bien qu'il sache que la cause première, le principe virtuel arthritique, n'est pas détruit dans son économie. Une pratique judicieuse de la médecine apprend néanmoins qu'il ne faut pas donner à ce précepte une importance absolue : ainsi la frugalité, tant recommandée avec raison aux goutteux, doit être modifiée selon des circonstances particulières. Trop rigoureuses, dans les cas de goutte chronique atonique, elle affaiblit l'organisme, ainsi que les articulations, au point que le malade ne peut plus marcher. Il en est de même pour les boissons : si le goutteux est jeune, vigoureux, l'usage constant de l'eau est indispensable ; mais, si l'estomac est débile, si les forces ont été diminuées par de fréquentes attaques, on pourra user de vin coupé. Quant à ceux dont la diathèse goutteuse a ruiné la constitution, fatigué depuis longtemps l'organisme le raisonnement, et les faits sont ici d'accord, ils feront bien de recourir à un peu de bon vin, à une nourriture légère mais substantielle, s'il veulent éviter de graves accidens. Au reste, comme dans beaucoup d'affections chroniques, le régime doit être basé sur la connaissance exacte de l'état du malade, confirmé par l'expérience et ratifié par le tempérament. On voit dans quel sens il faut entendre l'ancien axiome *natura paucis contenta est, et temperantia cum actione contra podagram.*

Un climat chaud, quand on peut y rester, est certainement un puissant moyen de guérir la goutte. Une foule d'Anglais se délivrent de cette maladie quand ils habitent l'Inde ; mais reviennent-ils dans leur pays, même après nombre d'années, la maladie ne tarde pas à reparaître. J'ai vu plusieurs goutteux, dans les montagnes de l'Espagne, éprouver beaucoup d'allégement lorsqu'ils séjournaient dans les plaines du midi de ce beau pays.

L'exercice du corps, en activant la circulation, en rendant à la peau sa capacité dynamique, toute sa faculté respiratoire, est un excellent anti-goutteux. Mais il faut que cet exercice soit régulier, et ne pas faire comme certains malades, les chasseurs, par exemple, qui se livrent alternativement à un exercice violent ou à un repos qui tient de l'indolence.

L'usage de la flanelle et de la brosse sur la peau sont ici indispensables. On peut consulter ce que nous en avons dit précédemment en parlant du rhumatisme. Les principes que nous avons émis, fondés sur une

expérience positive, sont de tout point applicables à la goutte.

Mais rien ne seconde mieux le traitement de cette maladie que l'égalité de caractère et les affections douces de l'ame. Quiconque veut détruire la goutte, ou au moins diminuer la douloureuse intensité de son attaque, doit secouer le jong des passions, éviter, autant que possible, les émotions fortes, mêmes celles de la joie, bien plus encore la tristesse et la mélancolie. Je n'ignore pas que ce précepte, dont on est prodigue dans les livres de médecine, est plus facile à donner qu'à exécuter ; mais je sais aussi que la raison ne perd jamais ses droits; et si le mot de Possidonius, tant cité depuis des siècles, est une preuve de l'orgueil stoïque, il démontre aussi la puissance de l'âme sur la douleur physique. Quoi qu'on fasse, il faut toujours en revenir à la modération et à la prudence. *Abstine vel sustine*, il n'y a pas moyen de franchir ce cercle tracé par la médecine et la philosophie. Terminons ces études par quelques considérations pratiques sur la goutte anomale.

REVEILLÉ-PARISE.

Considérations pratiques sur le chancre, pour servir à la thérapeutique des affections syphilitiques, par M. RICORD, chirurgien de l'hôpital des vénériens.

(TROISIÈME ARTICLE.)

Les soins prophylactiques du chancre étant le plus souvent mal compris, mal appliqués, ou complétement négligés, la plupart des imprudens qui s'exposent à sa contagion en sont ordinairement victimes.

Mais avant d'entrer dans l'étude du traitement curatif du chancre, établissons ici, avec le ton absolu que donne la conviction de la vérité, et que l'ignorance seule peut taxer de paradoxe, que l'ulcère syphilitique primitif peut guérir fréquemment seul, sans les secours de l'art, et même en dépit de tant de mauvaises médications que trop souvent on lui oppose. Cependant, comme la guérison spontanée du chancre est le plus souvent incertaine et tardive, que le malade reste, tant qu'il dure, exposé à l'infection générale et aux chances d'accidens locaux fâcheux, l'art, mais bien entendu et consciencieux, ne doit jamais rester inactif, et tous ses efforts doivent tendre *à l'éteindre au début, ou dans tous les cas, à en raccourcir la durée.*

Mais, chose étrange et malheureuse, tandis que tout le monde est d'accord lorsqu'il s'agit d'un poison tout autre, et qu'il n'est personne, par exemple, qui ne veuille arrêter sur place et à l'instant même le venin de la vipère ; que les règles de l'art les plus formelles prescrivent d'attaquer sans retard et avant les désordres généraux, la morsure d'un animal enragé ; pour le chancre, si analogue sous tant de rapport, dans son principe et dans ses conséquences ; pour lui, qui laisse encore plus de temps pour agir, des illusions faciles et malencontreuses, des raisonnemens faux et des théories absurdes viennent, aidés de grands noms, jeter des doutes et de l'incertitude sur les moyens à lui opposer.

Cependant, pour bien apprécier le traitement du chancre, pour qu'il soit rationnel et efficace, prenons-le à ses différentes phases, à l'état régulier ou dévié, avec ou sans complications.

Le chancre, au début, quelle que soit la forme qu'il affecte, réclame *impérieusement la méthode abortive.*

Je soutiens, en faveur de ce précepte si important, qu'il n'y a pas d'observation authentique d'ulcères qui, détruits avant les cinq premiers jours qui suivent un coït infectant, ou tout autre mode de contagion, aient donné lieu ensuite à des symptômes secondaires, si toutefois ces ulcères existaient seuls et sans autres complications actuelles.

Mais s'il est incontestable pour tout esprit juste et qu'une saine observation dirige, qu'on doit détruire les chancres le plus promptement possible, il restera évident que les mêmes moyens ne sauraient convenir dans tous les cas, et que l'appréciation de ceux qui ont été proposés, et qui sont : l'excision, la cautérisation directe et la cautérisation médiate ou perturbatrice, méritent ici de fixer un moment notre attention.

Hunter, qui est tout à fait d'opinion qu'on doit promptement arrêter les chancres, sans établir les distinctions qu'ils peuvent présenter à leur début, dit qu'on doit préférer la cautérisation à l'*extirpation*, quand ils existent sur le gland, où la sensibilité, moins vive, excite moins de douleur, et où aussi elle n'expose pas à l'hémorrhagie ; tandis qu'au contraire l'excision avec l'instrument tranchant convient mieux toutes les fois que la peau sera affectée, et que surtout le caustique aura de la peine à atteindre les limites du mal. Toutefois, quelque bons que soient les préceptes du grand praticien anglais, et auxquels M. Ribes père vient encore prêter son autorité, il est possible d'en mieux préciser l'emploi, en tenant compte des différences que les chancres présentent à leur origine.

1° *Pustule au début.* Cette forme, la plus rare dans la contagion ordinaire, et qu'on peut aisément confondre, dans les premiers jours, avec l'eczéma ou l'herpès, cède, lorsqu'on l'attaque de bonne heure, à une cautérisation bien faite.

La cautérisation de la pustule, qui *peut certainement précéder l'ulcère syphilitique*, et à laquelle M. Ratier donne le nom de méthode ectrotique, aurait été moins contestée si, d'une part, l'auteur de cette méthode avait donné une description vraie de l'époque d'apparition, du mode de développement et des conséquences de la période pustuleuse du chancre, et si, d'une autre part, on ne s'était pas contenté d'en voir nier l'existence par des hommes, savans du reste, mais qui ne donnaient pour raison que leur défaut d'expérience ou le manque d'observation.

Toutes les fois donc que, dans les premiers jours qui suivront un coït suspect, on trouvera sur les organes soumis à la contagion une pustule *de quelque nature qu'elle soit et sans qu'on ait besoin d'un diagnostic rigoureux*, il faudra la diviser et cautériser profondé-

ment les parties qui en formaient la base. En effet, quel mal y aurait-il à s'être trompé et à avoir cautérisé des pustules d'herpès, ou d'eczéma? Sera-t-il possible de mettre en parallèle ici la petite douleur causée, avec les chances contraires d'avoir laissé se développer un chancre?

Le caustique auquel on doit donner la préférence dans cette forme, où la maladie est encore peu étendue dans les premiers jours, est incontestablement le nitrate d'argent taillé en crayon assez pointu pour atteindre le fond et se glisser sous les bords du petit ulcère que la rupture de la pustule met à découvert.

Ici encore, toutes les fois qu'une pustule douteuse, dans les circonstances que nous avons signalées, siégera sur des tissus mobiles et faciles à isoler, on pourra pratiquer l'excision, à laquelle nous donnerions alors toujours la préférence, si le plus souvent les malades ne manifestaient une grande répugnance pour une opération de ce genre, quelque légère qu'elle soit. Toutefois, lorsqu'on aura recours à cette opération, que j'ai pratiquée bien souvent avec succès, il faudra employer des ciseaux courbes et exciser plutôt un peu plus qu'un peu moins, afin de porter dans les tissus sains, qui se cicatrisent ensuite avec une grande rapidité.

2° *Ulcération, ou chancre d'emblée.* Cette forme, qui est la plus commune, à cause des conditions ordinaires des parties qui s'infectent, et de la facilité avec laquelle la pustule se rompt, à peine formée, dans la plupart des cas, ne présente pas de différence pour le traitement abortif; et, de même que toute pustule douteuse, doit être cautérisée, ou excisée, toute ulcération, dans les mêmes conditions, exige un semblable traitement.

3° Mais, avons-nous dit, le chancre peut succéder *à un abcès*, précédé d'un travail phlegmoneux, et avoir pour siége un follicule, le tissu cellulaire, un vaisseau lymphatique ou un ganglion, et alors, est-il encore possible, dans cette forme de début, de compter sur la méthode abortive?

Toutes les fois qu'à la suite d'une des conditions dans lesquelles se contractent les chancres, les parties, soumises à l'infection possible, présenteront un engorgement d'un ou de plusieurs follicules, il faudra, sans hésiter, pratiquer l'excision, qu'on fera suivre d'une application de nitrate d'argent.

Lorsque déjà on aura affaire à un abcès folliculaire et que les parties malades seront encore limitées, on aura recours au même procédé; dans le cas contraire, on ouvrira pour donner issue au pus et cautériser profondément le foyer.

Il en sera de même dans les petits abcès circonscrits du tissu cellulaire et qui se développent par voie d'imbibition au voisinage d'un chancre, ou par un des procédés que nous avons déjà décrits.

Cependant lorsque la maladie aura pour siége le système lymphatique (vaisseaux et ganglions), les moyens que nous venons d'indiquer ne pourront plus être appliqués, et c'est à ceux qu'on emploie pour faire avorter les bubons, qu'il faudra avoir recours.

Ici le procédé de M. Malapert, devenu si puissant dans les mains de M. Renaud de Toulon, offre les plus grands avantages. Il est incontestable que si on peut surprendre la maladie au début et avant que le tissu cellulaire ambiant ne soit pris, on aura souvent les résultats les plus heureux de cette médication perturbatrice à laquelle je donnerai volontiers le nom de cautérisation médiate.

Ce mode de traitement abortif du chancre lymphatique ou ganglionaire, consiste à couvrir la tumeur d'un vésicatoire de la grandeur d'une pièce de trois francs, mais dont l'étendue, pour moi, est toujours proportionnée à celle de la partie malade. Quand le vésicatoire a produit son effet, et après avoir détaché l'épiderme, on met sur la surface de la peau dénudée un plumasseau de charpie imbibée d'une solution de deutochlorure de mercure à vingt grains par once d'eau distillée, et on le laisse séjourner deux ou trois heures, en le fixant avec des bandelettes agglutinatives, si on craint que le malade ne le déplace. Cette application caustique, qu'on peut remplacer par des préparations analogues, telles, entre autres, que la solution de sulfate de cuivre à deux ou trois gros par once d'eau distillée, n'est pas également bien supportée par tous les malades, et quelques-uns ne sauraient la conserver plus d'une heure, à cause des vives douleurs qu'elle excite. Toutefois, pour que l'effet désirable ait été obtenu, il faut qu'il y ait production d'une escarre qui entame une partie de l'épaisseur du derme. Cette escarre, qui est le plus ordinairement grisâtre, ou d'un brun plus ou moins foncé, est rarement noire et offre en général plus d'épaisseur que la partie de peau détruite qui semble d'abord s'infiltrer et à laquelle s'ajoute une couche plus ou moins forte de lymphe plastique. Du reste, dès que l'escarre est formée, je fais couvrir la partie d'un cataplasme laudanisé pour le premier jour, et à partir du lendemain, il est remplacé par des compresses imbibées d'eau blanche froide jusqu'à la chute de l'escarre. Quand celle-ci est tombée, l'ulcération simple qu'elle laisse à découvert est pansée avec du linge troué enduit de cérat, et par dessus la continuation de l'eau blanche: en général pour moi, je n'ai pas trouvé qu'il fût avantageux d'entretenir la suppuration lorsqu'on cherchait à faire avorter la maladie qui nous occupe ici. Quoi qu'il en soit, tant que la tumeur qu'on combat résiste et que des symptômes de vive inflammation ne viennent point s'en emparer, il faut insister sur cette médication et répéter l'application du vésicatoire et de la solution caustique.

Mais, soit que les malades vous consultent trop tard, soit que les moyens que nous venons d'indiquer n'agissent pas assez profondément, il arrive souvent qu'on a de la peine à détruire d'emblée toute la partie infectée: de telle façon que le chancre s'établit et se développe quand même. Alors, quel que soit son temps de durée et la forme par laquelle il a pu débuter, tant que son siége et ses limites le permettent, il faudra chercher à le détruire *le plus promptement possible.* Ce précepte, que nous ne saurions trop répéter, et contre lequel lut-

tent en vain de malheureux préjugés, découle, comme on pourra s'en convaincre, de l'observation journalière. En effet, dans les relevés que j'ai été à même de faire chez les sujets affectés de vérole constitutionnelle, jamais les chancres n'avaient duré moins de dix, douze ou quinze jours, dans les cas les plus rares; et dans la grande majorité, ils s'étaient prolongés trois, quatre, cinq, six semaines et plus.

Si nous ajoutons à ce qui précède, qu'il faut, comme nous l'avons dit ailleurs, des conditions individuelles pour que l'infection générale ait lieu, et que ces conditions peuvent d'abord manquer, pour se montrer plus tard, dans le cours de la durée du chancre, il restera évident que, tant qu'on le laissera persister, les chances de l'empoisonnement existeront. Ajoutons encore, et toujours en opposition avec les préjugés reçus, que s'il est certain que les accidens secondaires ne sont pas en rapport avec la rapidité de la guérison, le traitement local auquel celle-ci est due n'exerce sur eux aucune influence, et qu'on peut dire que le traitement, quel qu'il soit, qui guérit le plus vite l'accident local, est en définitive le meilleur antisyphilitique.

Cependant, pour peu que les tissus où siége le chancre soient engorgés, qu'il ait acquis lui-même une certaine étendue, le nitrate d'argent n'agit plus assez profondément, et l'excision peut porter dans des tissus déjà infectés. C'est dans des cas de ce genre, où, imitant ce que produit la gangrène, qui, comme on le sait, quand elle affecte franchement un chancre, le réduit à l'état de lésion simple, j'ai pu obtenir les résultats les plus favorables de l'emploi de la potasse caustique et mieux encore de la pâte de Vienne (1). Ce dernier escarrotique, auquel je donne la préférence, doit être employé avec précaution, afin de n'emporter que la partie malade et les tissus sains à une ou deux lignes au-delà. Une objection à faire à cette méthode, c'est qu'il est à la vérité un très-grand nombre de cas dans lesquels l'étendue nécessaire de la cautérisation *en emporte-pièce*, si je puis m'exprimer ainsi, expose des parties voisines qu'on a intérêt à ménager, autrement, toutes les fois qu'elle sera applicable et qu'on aura le soin de la bien diriger, elle donnera les plus heureux résultats. Un autre point de pratique, que je ne dois point passer sous silence, c'est qu'il arrive souvent qu'à la suite de l'emploi de ces caustiques les parties cautérisées s'œdématisent et s'enflent beaucoup, ce qui doit les faire rejeter encore, dans les cas où il faudrait cautériser un chancre à la face interne du prépuce ou sur le gland d'un individu affecté à un degré plus ou moins fort de phimosis; mais à part cela, je le répète, c'est une médication à ne pas négliger.

Cependant le chancre, qu'on n'a pas pu attaquer par ces procédés, ou qui, en dépit d'eux, conserve encore son caractère spécifique, réclame alors d'autres soins.

(1) La pâte de Vienne se prépare avec cinq parties de chaux, six de potasse caustique et quantité suffisante d'alcool pour en former une pâte.

1° Bien qu'en général un ulcère, une plaie, ne doivent pas être trop fréquemment pansés, pour ne pas déranger le travail de cicatrisation, il faut se garder d'en faire autant pour le chancre à la période de progrès; ici il faut se rappeler que la matière de la sécrétion devient cause permanante de la maladie, et qu'il importe de ne pas la laisser séjourner. Les pansemens donc seront répétés selon l'abondance de la suppuration trois ou quatre fois par jour.

2° Comme il est de précepte, sauf les exceptions que nous indiquerons plus tard, que les parties malades soient à découvert, il faudra bien avoir le soin, pour les chancres cutanés, de ne pas les laisser couvrir de croûtes sous lesquelles le pus croupit et creuse.

3° Tant que le chancre restera à la période d'ulcération, il faudra répéter la cautérisation avec le nitrate d'argent aussi souvent qu'à la chute des escarres produites, on retrouvera, soit pour le fond ou les bords, les caractères qui appartiennent à cette période; mais dès que la réparation aura lieu, on s'abstiendra de porter le caustique sur la partie en voie de guérison en redoublant de soins pour en continuer l'emploi sur les points encore en progrès d'ulcération spécifique.

4° Si les corps gras sont le plus ordinairement nuisibles dans le traitement du chancre, on peut dire que les pommades mercurielles, sauf les cas exceptionnels, le sont encore davantage. Rien de plus commun que de voir les chancres se multiplier, s'étendre ou s'enflammer lorsque, exempts d'induration, on les panse avec l'onguent mercuriel.

5° Si, comme nous l'avons dit, il est bon de ne pas laisser le pus du chancre en contact avec la surface qui le sécrète, il est aussi bien avantageux d'en diminuer la sécrétion. La charpie sèche, en formant en quelque sorte éponge, remplit une de ces indications; mais un des traitemens qui donnent les guérisons les plus rapides, les cures locales les plus promptes, c'est le vin aromatique *d'après la formule du Codex*. Voici la manière dont j'emploie ce médicament :

Les malades ont soin de bien laver l'ulcération avec ce liquide, sans cependant la fatiguer où la faire saigner, ensuite ils la recouvrent d'un peu de charpie fine qui en est imbibée assez pour rester humide sans couler; car lorsqu'elle est trop mouillée, l'espèce de macération qui en résulte en retarde les bons effets. A chaque pansement, on a soin, pour détacher la charpie de l'imprégner du même liquide, afin de ne pas déchirer les parties auxquelles, en se séchant un peu, elle pourrait adhérer.

Toutes les personnes qui suivent ma clinique, à l'hôpital des Vénériens, ont pu se convaincre des bons effets de ce traitement, à la suite duquel, à moins qu'il ne soit mal appliqué, *il n'arriva jamais de chancres successifs, comme cela a si souvent lieu avec les autres pansemens.* Le vin aromatique diminue la sécrétion purulente, tend à faire cicatriser, en modifiant la surface de l'ulcère virulent, et en agissant sur les parties voisines comme astringent énergique, il les met dans l'impossibilité de s'inoculer.

Cependant j'ai rencontré des sujets chez lesquels la sécrétion continuait à être très-abondante, et alors les pansemens faits avec la décoction vineuse de tan ont parfaitement réussi. Lorsqu'il existe de la douleur, et que le vin aromatique l'augmente, en le faisant additionner de huit à dix grains d'extrait gommeux d'opium par once, il redevient encore le topique le plus avantageux. Il est bon de faire observer toutefois que des sujets qui continuent à souffrir, chez les uns les douleurs disparaissent en augmentant la dose de l'opium, tandis que chez d'autres il faut la diminuer.

Il est pourtant des cas où il faut suspendre momentanément le vin médicamenteux, ou même y renoncer complétement. C'est ainsi que chez quelques malades la suppuration venant à se tarir, l'ulcère reste stationnaire; alors un pansement avec une décoction émolliente ou du cérat opiacé doit être employé pendant quelques jours, pour reprendre le vin ensuite; chez d'autres, l'ulcère étant accompagné d'induration, il l'accroît et la cicatrisation ne peut avoir lieu. Mais, à part ces circonstances si faciles à saisir et à suivre, c'est la méthode générale de pansement à laquelle je donne la préférence.

5° Toutefois, lorsque la période de réparation arrive, tant qu'elle marche avec régularité, il faut continuer le pansement au vin, et ne reprendre la cautérisation que lorsqu'il devient nécessaire de réprimer des bourgeons charnus exubérans. Enfin il arrive souvent qu'il ne manque en quelque sorte que l'épiderme pour compléter la cure : la surface de l'ulcère, arrivée au niveau des parties voisines, reste rouge et n'est presque plus couverte de sécrétion, et cependant ne guérit pas; alors l'application superficielle du nitrate d'argent, de manière à blanchir la surface, *sans cautériser en profondeur*, suffit pour terminer.

6° Dans le chancre régulier, sans complication, le traitement local suffit, *lorsqu'il ne laisse après lui aucune induration au point qui a été affecté* On doit se contenter, pendant ce traitement, de faire garder au malade le plus de repos possible, et de le soumettre à une hygiène en rapport avec sa constitution. En effet, sous ce point de vue, il ne faut pas de système absolu : un régime débilitant, la diète même, les boissons délayantes, et l'appareil des antiphlogistiques locaux et généraux qui sont indiqués chez des individus forts et portés à l'inflammation, seraient on ne peut pas plus nuisibles chez des sujets faibles, lymphatiques et qui ont déjà quelquefois souffert d'une mauvaise alimentation. Ici, un régime tonique modéré, et en général tout ce qui peut corriger les déviations du tempérament, ou remédier à un état maladif concomitant, doit être soigneusement employé; car il faut se rappeler que d'une mauvaise constitution, ou de maladies actuellement existantes, résultent les complications et la marche vicieuse que peuvent prendre les chancres.

Lorsque le chancre régulier est cicatrisé, que les tissus sur lesquels il siégeait sont complétement revenus à l'état normal, le malade peut, après quelques jours de guérison, se livrer de nouveau et sans crainte aux rapports sexuels; il n'en est pas de même lorsqu'il reste des indurations sur lesquelles des cicatrices se sont faites, et qui, en se rompant, ne manquent pas de donner lieu à des récidives; aussi faut-il, dans ces cas, recommander sans restriction une continence absolue jusqu'à plus parfaite guérison. RICORD.

JOURNAL DE PHARMACIE

ET

DES SCIENCES ACCESSOIRES.

SEPTEMBRE 1836.

Examen chimique de la racine du polygala de Virginie ; par M. T.-A. Quevenne.

C'est à Tennent, médecin écossais, qui résidait à la Virginie, que l'on doit la connaissance de cette racine en Europe. En 1738, il en envoya un échantillon au gouvernement, sous le nom de *the rattle snake root* (la racine du serpent à sonnettes (1). Cet envoi était accompagné d'une lettre par laquelle il annonçait en avoir obtenu des succès dans le traitement de la pneumonie et de quelques affections nerveuses. Les expériences que l'on fit à ce sujet furent couronnées de succès et fixèrent l'attention des médecins. On l'employa, non-seulement contre les maladies indiquées par Tennent, mais aussi dans une foule d'autres cas. Le mérite de la nouveauté contribua sans doute beaucoup à la grande vogue que cette racine obtint : aussi lui devint-elle funeste. Employée d'une manière probablement intempestive, elle occasionna des accidens qui attirèrent sur elle la défaveur ; on attribua au médicament des résultats qui n'étaient peut-être dus qu'à l'inhabileté de quelques enthousiastes, et il subit le sort de l'ipécacuanha et de tant d'autres médicamens, qui sont cependant employés aujourd'hui avec succès, il tomba dans l'oubli.

Depuis cette époque, plusieurs praticiens distingués l'ont de nouveau employé dans différentes affections du poumon, dans le croup, l'ophthalmie, la cataracte, le rhumatisme, etc., et en ont vanté les bons effets.

Les chimistes, de leur côté, sont venus au secours des médecins, et ont tâché d'isoler les principes qui constituent cette racine, afin de pouvoir leur offrir à l'état de pureté celui auquel elle doit ses vertus médicinales.

Depuis 1804 on a fait un assez grand nombre d'analyses du polygala ; et cependant les connaissances qu'elles nous ont fournies ne sont point assez précises pour qu'on puisse aujourd'hui se faire une idée nette de la nature de son principe actif. Aussi les auteurs d'histoire naturelle médicale les plus récents ont-ils fait sentir la nécessité de recommencer cette analyse. Ayant d'ailleurs été quelquefois moi-même témoin des bons effets du polygala, j'avais le désir de mettre les praticiens à même de constater d'une manière positive son action sur l'économie vivante ; et, selon les résultats obtenus, le rejeter de la matière médicale, ou y fixer sa place d'une manière invariable. Tels sont les motifs qui m'ont déterminé à choisir ce travail pour sujet de thèse.

Analyse.

250 gr. de poudre grossière de polygala ont été soumis à l'action de l'eau par la méthode de déplacement. Les premières portions écoulées ont une couleur rougeâtre foncée, les dernières n'ont plus qu'une teinte jaune et sont fortement opalines. Le liquide s'écoule alors avec une extrême lenteur, et quoiqu'il passe encore sapide, on arrête l'opération, dans la crainte de voir apparaître des signes de fermentation. On a employé seulement une pinte et demie d'eau. Ce liquide rougit fortement le tournesol ; sa saveur est amère, piquante, âcre, prenant au gosier ; son odeur est celle du polygala. Les premières gouttes de persulfate de fer que l'on verse dans la liqueur la troublent sans changer sa couleur, si l'on continue d'en ajouter, il y a coloration en vert sale, en même temps qu'il se forme un précipité ; gris roux ; le liquide, surnageant, reste brun verdâtre. La gélatine n'y forme point d'abord de précipité mais, après en avoir neutralisé une portion par la potasse caustique, on a ajouté une solution de gélatine qui l'a assez fortement troublée. D'un autre côté, je me suis assuré que le précipité formé par la colle dans la teinture de noix de galles étendue est redissous par quelques gouttes d'acide chlorhydrique. Ainsi, point de doute, il y a dans le polygala de l'acide tannique, de l'espèce qui colore en vert les sels de fer.

(1) Les naturels de l'Amérique septentrionale attribuent à cette racine la propriété de guérir la morsure des serpents, et lui accordent une confiance telle, qu'ils en portent sur eux dans leurs voyages pour s'en servir au besoin. C'est cet usage qui la fit désigner par Tennent, sous le nom de racine du serpent à sonnettes, et le mot anglais *snake*, serpent, a dû servir à former son nom spécifique. Il serait donc plus exact de dire seneka, comme on le trouve écrit dans quelques ouvrages. Cependant ce mot, ne se prêtant pas aussi bien à la formation des dérivés que celui de senega de Linné, j'ai conservé ce dernier. L'opinion exprimée par Dulong d'Astafort (Journal de Pharmacie, XIIIe vol.), sur l'étymologie de ce mot, tout ingénieuse qu'elle est, me semble moins probable que celle-ci.

La plupart des sels, hormis ceux de potasse, de soude et d'ammoniaque, déterminent dans la liqueur la formation de précipités plus ou moins abondans; l'alcool y forme aussi un précipité blanc, léger.

Le liquide est porté à l'ébullition ; il s'y forme un coagulum gris, pulvérulent, qu'on sépare par le filtre. Il reste sur celui-ci une couche poisseuse, âcre, qui, encore humide, pèse 16 gram.

Une portion de cette matière est calcinée dans un creuset de platine ; elle brûle avec une flamme épaisse et laisse pour résidu une cendre blanche formée de phosphate de chaux et de fer.

Une autre portion est traitée par l'alcool bouillant, qui laisse un résidu de matière grise brune. Ce dernier, brûlé dans un tube de verre, répand des vapeurs épaisses ammoniacales qui ramenent au bleu le papier de tournesol rougi. A ces caractères on reconnaît l'albumine. Aux personnes qui élèveraient des doutes sur la présence simultanée de l'albumine et du tannin dans un même liquide, je répondrais qu'ayant ajouté une petite quantité de solution aqueuse de tannin à de l'eau albumineuse, celle-ci, sans perdre sa transparence, a acquis la propriété de se colorer fortement en bleu par le persel de fer.

La solution alcoolique évaporée fournit des écailles jaunâtres, d'une saveur d'abord piquante, puis des plus âcres. On traite par l'éther, qui, évaporé, donne pour résidu un peu d'huile jaune, tenant probablement en dissolution de la matière colorante. L'extrait alcoolique, ainsi épuisé par l'éther est en partie décoloré : il offre la même saveur qu'avant le traitement éthérique, et ne renferme plus que le principe âcre un peu coloré. La présence de cette matière âcre dans le coagulum albumineux est un fait important à noter, dont nous trouverons l'application en parlant des préparations pharmaceutiques du polygala.

La poudre de polygala, en grande partie épuisée par l'eau froide, est soumise à l'ébullition dans trois litres d'eau distillée. Cette décoction rougit le tournesol. La teinture d'iode n'y indique pas d'amidon. On l'évapore sur un feu doux jusqu'à 8 onces. Il s'y forme par refroidissement un dépôt qui, séparé par filtration et séché, pèse 1gr.5a. Ce dépôt est formé de matière âcre, de phosphate et de carbonate de chaux et de fer.

On achève l'évaporation du liquide où s'est formé ce dépôt. Il en résulte un extrait noir, d'une saveur d'abord douce et sucrée puis âcre. Il pèse 8gr.5

Nous pouvons déjà voir par ce résultat que l'eau froide est suffisante pour dissoudre le principe âcre du polygala. En effet, j'avais cessé l'action de l'eau par déplacement lorsqu'elle passait encore sapide, et cependant je n'ai obtenu ensuite par l'eau bouillante qu'une petite quantité d'un extrait noir peu âcre, où prédominaient des sels de chaux insolubles par eux-mêmes et de l'apothème.

Cet extrait a été redissous dans l'eau et réuni au premier liquide obtenu par déplacement. On ajoute de l'acétate neutre de plomb, qui détermine la formation d'un précipité gris jaunâtre sale, que l'on sépare par filtration. Le liquide écoulé est mis de côté, et l'on commence par examiner la nature du précipité plombique. Celui-ci, délayé dans l'eau, est précipité par l'hydrogène sulfuré. Le liquide éclairci est évaporé, l'extrait qui en résulte est traité par l'alcool à 40°, qui le dissout presque entièrement. Cette solution alcoolique est elle-même évaporée à siccité. Le produit est repris par l'eau, qui laisse indissoute une *matière jaune*, sur laquelle nous allons bientôt revenir. Il est évident que l'eau, par laquelle je venais de traiter l'extrait alcoolique, devait contenir tous les acides qui avaient primitivement été précipités par le plomb. Les réactifs m'y ont en effet démontré la présence du tannin, des acides chlorhydrique, sulfurique et phosphorique, et d'un peu de matière colorante. De plus, la saveur du produit y décelait un peu de matière âcre, sans doute entraînée par ce précipité hétérogène ; mais en vain j'y ai cherché à deux reprises différentes l'acide malique que Dulong et Feneulle disent exister dans le polygala ; je n'ai pu en constater la présence.

La matière jaune provenant de l'extrait par l'alcool à 40°, et que l'eau avait refusé de dissoudre, est recueillie sur un filtre dont elle a imprégné un peu le fond à la manière d'une huile épaisse. Traitée par l'éther, elle forme une solution jaune rougeâtre, à réactions acides ; on abandonne à l'évaporation. Vers la fin on y distingue quelques légères bulles d'huile qui s'attachent aux parois de la capsule, on décante, et le liquide évaporé offre un résidu de matière rousse.

Cette substance est insoluble ou peu soluble dans l'eau, soluble dans l'éther, l'alcool ; précipite le persulfate de fer en gris, en communiquant à la liqueur une légère teinte verdâtre ; précipite l'acétate triplombique en beau jaune ; forme dans la potasse une solution jaune intense. Ces propriétés me firent penser que j'avais affaire à de la matière colorante retenant un peu de tannin. Dans le but de la débarrasser de ce dernier, je la traitai à plusieurs reprises par l'eau bouillante ; cette eau, qui se troublait par refroidissement, avait acquis la propriété de précipiter le persulfate de fer en gris, en développant une couleur verte, tandis que la partie restée indissoute précipitait alors le même sel de fer en gris roux, sans la moindre nuance de vert. J'étais donc parvenu à isoler une portion de la matière colorante du polygala. En la traitant par l'eau froide j'en avais dissout une faible portion et la totalité du tannin. Nous examinerons plus loin ses propriétés : je signalerai seulement ici sa saveur amère.

La liqueur, antécédemment précipitée par l'acétate de plomb et mise de côté, est exposée à un courant d'hydrogène sulfuré pour la séparer du plomb qu'elle retenait. On filtre et l'on évapore à siccité. L'extrait qui en résulte est traité par l'alcool à 36°, qui laisse indissoute une matière brune insipide, soluble dans l'eau, sans action sur les papiers réactifs, ne précipitant ni le nitrate d'argent, ni l'acétate neutre de plomb, mais précipitant abondamment le sous-acétate ; l'oxalate d'ammoniaque y indique une assez grande quantité de chaux. Une portion de cette matière est chauffée avec de l'acide nitrique, dont on ajoute à plusieurs reprises, jusqu'à

ce qu'il ne se dégage plus de gaz rutilant, le liquide laisse former par refroidissement un dépôt blanc évidemment formé d'acide mucique. Ainsi la matière brune laissée par l'alcool était formée de gomme et de chaux, sans doute colorés par un peu d'extractif altéré. La chaux devait être combinée avec la gomme, car il est certain qu'elle ne pouvait y être combinée avec l'acide malique, puisque l'acétate neutre de plomb ne troublait pas la liqueur.

La solution alcoolique, d'où l'on a séparé la matière gommeuse, est évaporée, et fournit un extrait brun, complétement soluble dans l'eau, qui contient, outre la matière âcre et la matière jaune amère, un peu de chaux et de l'acide acétique, provenant de la décomposition de l'excès d'acétate de plomb ajouté antérieurement. Sa saveur est fortement amère, âcre et persistante. Le produit que Feneulle indique comme le principe actif du polygala, ressemble beaucoup à cet extrait, et n'en diffère que par quelques corps étrangers qu'il y ajoute. Pour s'expliquer l'augmentation d'intensité de la saveur amère que nous remarquons ici, il suffit de se rappeler que le précipité formé par la coagulation de l'albumine a entraîné une assez grande quantité de matière âcre; que le deuxième précipité, formé par suite de la concentration des décoctions, en a encore entraîné un peu; tandis que nous n'avons enlevé qu'une fois au liquide de la matière colorante amère, c'est lorsque nous l'avons précipité par le sel de plomb, et encore s'est-il précipité en même temps de la matière âcre. Cette facilité avec laquelle tous les précipités qui se forment au milieu des infusions de polygala entraînent la matière âcre, est remarquable, et fait voir combien sont vicieuses les formules qui indiquent de concentrer par évaporation ces sortes de médicamens. Continuons pour le moment l'examen de l'extrait qui nous occupe. En le traitant par l'éther, on lui enlève la plus grande partie de la matière amère, car après ce traitement il ne possède plus qu'une saveur piquante et âcre. Ayant déjà isolé cette matière colorante amère, il était inutile de chercher à purifier celle que venait de dissoudre l'éther.

L'extrait ainsi privé de ce corps est dissout dans l'eau, on ajoute du sous-acétate de plomb, qui forme un beau précipité jaune, résultant de la combinaison de la matière âcre, et d'un peu de matière colorante avec le plomb. On lave jusqu'à ce que l'hydrogène sulfuré n'indique plus de plomb dans l'eau des lavages. C'est une combinaison analogue à celle-ci que Folchi a désignée et décrite comme le principe actif du polygala, sans s'apercevoir que c'était un sel de plomb. On délaie ce précipité dans suffisante quantité d'eau, on sépare le plomb par un courant d'hydrogène sulfuré, on chasse l'excès de ce dernier par la chaleur, et l'on filtre. Le liquide qui s'écoule est ordinairement coloré en brun par une petite quantité de sulfure de plomb très-divisé, mais par l'action d'une légère chaleur il ne tarde pas à s'éclaircir: on filtre de nouveau, et l'on évapore à siccité. On traite ce produit par l'alcool à 36° bouillant, on filtre au bain-marie, et par refroidissement il se forme un dépôt pulvérulent d'une blancheur plus ou moins grande, qui n'est autre chose que la matière âcre à l'état de pureté; on la sépare par filtration. Le liquide d'où elle s'est précipitée, exposé à l'air, en laisse encore déposer une quantité assez considérable, par suite de l'évaporation de l'alcool. Enfin, le sulfure de plomb, traité par ce même véhicule bouillant, en fournit aussi une nouvelle quantité. Si l'on ne juge pas le produit suffisamment blanc, on le redissout dans l'alcool, on décolore par le charbon animal lavé à l'acide hydrochlorique, et l'on filtre comme précédemment au bain-marie.

La racine de polygala, épuisée par l'eau, est traitée par l'alcool à 34°. Celui-ci, filtré bouillant, laisse former par refroidissement un dépôt jaunâtre, qui n'est autre chose que de la cire. On traite celle ci par l'éther, qui laisse indissoute un peu de matière âcre qu'elle entraîne dans sa précipitation. Le produit de l'évaporation de l'éther est repris par l'alcool à 40° bouillant, qui n'en dissout qu'une partie, et laisse au fond de la capsule une matière rousse, fauve, pulvérulente, insipide, insoluble dans l'eau, dans l'éther et dans les alcalis. Chauffée jusqu'à 200°, cette matière se colore sans se fondre; sur une lame de platine elle noircit en fondant, s'enflamme et brûle en laissant un léger résidu de phosphate de chaux. Quelle est la nature de ce produit? Ce ne peut être de la myricine, puisqu'il avait été primitivement dissout par l'alcool.

La partie de la cire dissoute dans l'alcool à 40° est exposée à une douce chaleur pour chasser celui-ci. Vers la fin de l'évaporation, la liqueur prend l'aspect d'une gelée. Cette substance offre la couleur jaune terne de la cire ordinaire; son odeur est analogue à celle du polygala, et sa saveur est nauséeuse, ce qu'elle doit sans aucun doute à un peu d'huile qu'elle a retenue. Elle est soluble dans l'éther, les huiles fixes et essentielles, saponifiable par les alcalis, fusible à 63°. Il ne faut point ajouter une grande importance au degré de fusion indiqué ici, à cause de l'huile qu'elle retient, et dont il serait très-difficile ou même impossible de la priver maintenant. Cette matière, ainsi obtenue par l'alcool, ne peut être que de la cerine, puisqu'elle doit manquer de l'autre élément qui constitue la cire, la myricine.

La décoction alcoolique, qui a laissé déposer la cire par refroidissement, est évaporée. Elle fournit une petite quantité d'extrait jaunâtre tout imprégné d'huile, ainsi que les parois de la capsule. C'est à ce produit, en grande partie formé de matière âcre et d'huile, que Dulong d'Astafort a donné le nom de résine, après lui avoir toutefois enlevé une portion de matière âcre par l'eau. Cet extrait est traité à plusieurs reprises par l'éther, qui, distillé, laisse pour résidu une huile brune jaunâtre, de consistance de sirop épais; c'est l'huile fixe (résine molle de Gehlen). Vers la fin de la distillation de l'éther, on distinguait dans la cornue deux couches, l'une aqueuse et l'autre huileuse. On a versé le tout dans une capsule pour examiner ces produits. Le liquide aqueux était acide, et se colorait en

vert par le persulfate de fer, comme le dit Folchi; mais indépendamment de l'acide gallique que ce caractère indique dans le liquide aqueux, il existe dans l'huile un autre acide qui ne se colore point par les sels de fer. Nous chercherons à en déterminer la nature en examinant les propriétés de l'huile fixe.

L'extrait alcoolique, ainsi privé par l'éther de la plus grande partie de son huile et de sa matière colorante jaune, ne contient presque plus que la matière âcre. On peut extraire celle-ci, soit au moyen de l'acétate triplombique, comme je l'ai indiqué, soit par le procédé de Gehlen, qui, avec quelques modifications, donne dans ce cas un aussi bon résultat. (Le procédé de Gehlen ne peut fournir de matière âcre qu'en opérant comme ici sur un extrait alcoolique de polygala.)

La poudre de polygala, épuisée par l'alcool et devenue tout à fait insipide, est bouillie avec une solution faible de potasse caustique; on filtre la liqueur brune qui en résulte. L'acide hydrochlorique versé dans un peu de cette liqueur la fait prendre en gelée; la même chose arrive avec le chlorure de calcium. A ces simples caractères on ne peut méconnaître l'acide pectique. Le lendemain le reste de la liqueur était pris en une gelée brune, d'une saveur fade.

Le polygala, doué d'une odeur marquée, devrait-il celle-ci à une huile essentielle? Feneulle et Dulong disent l'avoir obtenue; Folchi l'admet; mais aucun ne parlant de ses propriétés, j'ai voulu essayer de l'obtenir à mon tour.

La facilité avec laquelle la décoction du polygala monte et s'enlève, m'a déterminé à ne point distiller à feu nu, mais bien à la vapeur. Les premières portions d'eau qui ont passé à la distillation étaient surmontées par une très-petite quantité de matière grise-blanche, solide, qui, bientôt divisée, nageait dans le liquide; je n'ai aperçu aucune trace de corps gras liquide nageant à la surface. Le produit de la distillation a une odeur forte et désagréable; il décolore le papier de tournesol plutôt qu'il ne le rougit, et précipite l'acétate triplombique en blanc. Une portion du produit est agitée avec de l'éther : celui-ci, évaporé, laisse sur le fond de la capsule une matière grasse, mais en quantité si petite, que c'est à peine si l'on peut en imbiber un peu de papier, qui devient transparent, et indique ainsi d'une manière certaine un corps gras passé à la distillation : ce corps rougit fortement le tournesol. Etait-ce là une huile essentielle, ou bien un acide gras volatil? Ce n'est point avec des quantités si minimes que je pouvais établir un jugement positif à ce sujet. Cependant je ferai voir par des faits, en parlant de l'huile fixe, qu'il devait véritablement y avoir ici un acide, ce qui rend assez douteuse la présence d'une huile volatile.

Propriétés de l'acide polygalique (matière âcre).

La matière âcre du polygala, telle que je l'ai obtenue de différentes opérations et par divers procédés, se présente avec les caractères suivans :

Elle est blanche, pulvérulente quand elle s'est précipitée par le refroidissement de l'alcool, inodore; d'abord peu sapide, mais ne tardant pas à devenir piquante, âcre, et à produire à l'entrée du gosier un sentiment d'astriction des plus pénibles. Inaltérable à l'air. Sa poudre irrite la gorge et l'intérieur du nez, et excite l'éternument.

Exposée dans une petite cornue à une chaleur graduellement élevée jusqu'à 200°, elle s'est à peine colorée à l'extérieur de la masse, et n'a donné qu'une goutte d'un liquide acide, lequel provenait sans doute de la décomposition des portions, immédiatement en contact avec les parois du verre. La matière restée dans la cornue jouissait, après cet essai, de ses propriétés chimiques et de sa saveur âcre comme auparavant : elle n'est donc point volatile. Brûlée dans un tube de verre, elle n'a point répandu de vapeurs alcalines : elle est donc dépourvue d'azote. Chauffée sur une lame de platine elle y brûle activement en répandant une flamme fuligineuse : elle laisse un charbon léger qui finit par disparaître sans laisser de résidu. Cette substance se dissout dans l'eau froide, mais lentement, tandis que si l'on élève un peu la température, on obtient une solution très-prompte et complète, jouissant de la propriété de rougir le tournesol : la matière que nous examinons est donc un acide; je le nommerai *acide polygalique*, du nom générique de la plante qui le fournit. On retrouve dans cette solution la saveur piquante; puis âcre, de l'infusion de polygala; comme cette dernière, elle est aussi très-mousseuse. Si on l'évapore à une douce chaleur, on obtient l'acide polygalique en écailles blanches verdâtres, translucides. Si, au lieu de la laisser évaporer tranquillement, on agite continuellement vers la fin, on y interpose une grande quantité d'air, et l'on obtient une masse légère, opaque, d'une grande blancheur. Une solution aqueuse est restée exposée à l'air pendant plus d'un mois, sans que la saveur âcre ait même paru diminuer : à la fin elle s'est évaporée sans traces de cristallisation. L'acide polygalique est également soluble en toute proportion dans l'alcool absolu bouillant, mais une grande partie se précipite par refroidissement. L'alcool à 22° en laisse aussi précipiter beaucoup dans le même cas. Il est absolument insoluble dans l'éther sulfurique, l'éther acétique, les huiles grasses et volatiles. Les alcalis neutralisent sa solution en lui communiquant une légère teinte verdâtre. Si l'on ajoute un excès d'eau de baryte à la solution d'acide polygalique on produit un précipité blanc abondant que j'ai attribué à la formation d'un sel basique. En effet, si l'on verse une solution de polygalate de potasse dans celle de chlorure de barium, il n'y a point de précipité; mais si l'on ajoute préalablement un peu d'eau de baryte à celle-ci, on voit alors apparaître le précipité blanc. Le protosulfate et le persulfate de fer, l'acétate de cuivre, l'acétate neutre de plomb, le nitrate d'argent, ne précipitent point la solution d'acide polygalique libre, mais il en est autrement s'il est uni à un alcali. Les chlorures d'or, de platine, le bichlorure de mercure, l'émétique, ne le précipitent pas davantage, qu'il soit libre ou combiné, mais il donne lieu à

un précipité blanc abondant par le sous-acétate de plomb et protonitrate de mercure.

L'acide nitrique concentré, versé sur l'acide polygalique, forme une solution jaune ; par l'action de la chaleur il donne lieu à la formation d'un peu d'acide oxalique et d'une matière d'un beau jaune pâle, qui, lavée à l'eau froide, offrait une saveur astringente très-amère : je l'ai regardée comme de l'acide picrique. L'acide sulfurique exerce une action particulière, caractéristique, sur l'acide polygalique. Il le colore d'abord en jaune ; puis, peu de temps après, les parties extérieures de la masse deviennent d'un rouge rosé, et se dissolvent à mesure dans l'acide, phénomène qui se continue jusqu'à ce que toute la matière soit dissoute ; bientôt la solution acquiert une belle couleur violette, qui persiste quelques heures dans un grand degré d'intensité, puis s'affaiblit peu à peu en prenant une teinte gris-bleu ; enfin, vingt-quatre heures après, la liqueur est totalement décolorée, et a donné lieu à la formation d'un léger précipité gris devenu insoluble dans l'eau. On n'aperçoit aucun dégagement de gaz pendant la dissolution. La présence de l'air est nécessaire à l'accomplissement du phénomène : hors de son contact il ne se forme qu'une solution rouge-brune. Le tannin, versé dans la solution d'acide polygalique, la rend très-opaline : je me suis assuré que ce phénomène n'est pas dû à la présence d'une base organique.

L'acide polygalique jouit de propriétés acides fort peu énergiques : ainsi, il ne chasse de ses combinaisons ni l'acide carbonique, ni l'acide hydrosulfurique, même aidé de l'action de la chaleur.

Polygalates.

Les polygalates alcalins s'obtiennent en saturant avec ces bases la solution d'acide polygalique ; ils sont incristallisables, et ne peuvent s'obtenir que sous forme de pellicules minces, translucides, verdâtres. Celui de magnésie précipite en blanc par l'acétate de plomb et le nitrate d'argent, en gris par le persulfate de fer, en vert par les sels de cuivre, un léger excès d'acide redissout ces précipités. Il ne précipite ni le chlorure d'or ni le bichlorure de mercure, peut être à cause de l'excès d'acide de ces sels. Les polygalates de potasse et de soude doivent se comporter comme celui de magnésie.

Ainsi, l'acide polygalique forme avec les alcalis des sels neutres incristallisables : il produit avec la baryte, outre le sel neutre, un sel basique pulvérulent. Nous avons vu qu'il forme aussi avec le plomb un sel basique ; c'est même sur cette propriété qu'est fondé le mode d'extraction que j'ai indiqué. Avec la plupart des sels métalliques des autres sections, il donne lieu à la formation de sels insolubles à l'état neutre, facilement solubles dans un excès d'acide. S'il ne précipite pas l'émétique, cela peut être dû à la présence de l'alcali, qui donnerait lieu à la formation d'un sel double.

J'ai à regretter de d'avoir pu obtenir cet acide sous forme cristalline, signe irrécusable de la pureté d'un corps. Mais la delphine, qui est incristallisable par elle-même, et qui ne forme pas non plus de sels cristallisables ; l'émétine, qui ne forme même pas de sels neutres : l'acide tannique, l'acide pectique, d'une autre part, ne sont-ils pas dans le même cas ? Et cependant leur existence comme corps purs n'est révoquée en doute par aucuns chimistes.

Reste, pour terminer l'histoire chimique de l'acide polygalique, deux points importans à examiner : la détermination de sa capacité de saturation et son analyse élémentaire. N'ayant point encore désespéré de l'obtenir à l'état cristallin, j'ai cru devoir différer ces deux expériences, pour lesquelles il est si nécessaire d'avoir des corps purs.

Expériences physiologiques.

Voici maintenant le résultat de quelques expériences physiologiques que jai tentées, soit pour prouver que l'acide polygalique était bien le corps auquel la racine de polygala doit son action thérapeutique, soit pour commencer a guider les praticiens qui voudraient en essayer l'emploi.

Introduit dans l'estomac à la dose de 2 décig. ou 4 grains dissous dans 4 gram. d'eau, chez des animaux de petite taille, il a produit, dans l'espace de cinq à dix minutes, et à plusieurs reprises, des vomissemens d'un mucus filant, dont la sécrétion s'est ensuite continuée et rendait leur gueule écumeuse.

A une dose moité plus forte, c'est à dire à 4 décig. dissous dans la même quantité d'eau, il produit, non-seulement les vomissemens dont je viens de parler, mais aussi un très-grand embarras dans la respiration ; cette gêne forçait l'animal à allonger le cou et à renverser la tête pendant l'inspiration. Dans un cas les vomissens ont été suivis de fréquens éternumens ; dans un autre ils ont été accompagnés d'agitation et de mouvemens violens et convulsifs. La dernière dose a toujours produit la mort après trois heures environ.

Injecté dans la veine jugulaire d'un chien de petite taille à la dose de 1 décig., les vomissemens ne sont survenus que trois quarts d'heure après, et dans ce seul cas ils ont été suivis de selles. Deux heures et demie après l'injection, l'animal est mort sans avoir présenté rien autre chose de remarquable.

Employé par la méthode endermique à la dose de 2 décig. et même 4 décig. introduits sous la peau de la partie intérieure de la cuisse, l'acide polygalique est resté sans effet.

Je n'ai observé chez aucun des animaux soumis à ces expériences que la sécrétion des urines fût augmentée.

Autopsie. A l'autopsie on trouve dans l'œsophage et dans l'estomac une quantité de mucus écumeux plus ou moins grande ; la muqueuse de ces organes est décolorée. Cependant elle présentait de la rougeur et de l'injection par places chez deux de ces animaux, qui, ayant pris le premier jour quatre grains et le deuxième 8 grains d'acide polygalique, étaient par cela même restés longtemps soumis à l'action de ce corps. Toujours

j'ai trouvé le tube intestinal rouge et injecté, surtout dans le duodénum et le jéjunum. A mesure qu'on descendait vers le rectum la rougeur devenait moins vive.

Le ventricule droit était, dans tous les cas, gorgé d'un sang noir, ainsi que les veines : le ventricule gauche était vide, ou contenait peu de sang d'une couleur terne et non d'un rouge vif.

Dans la partie supérieure de la trachée-artère on trouvait une petite quantité de mucus écumeux. Les poumons n'ont présenté rien de remarquable, si ce n'est une quantité de sang qui paraissait un peu plus grande que dans l'état normal.

Un seul avait une vessie distendue outre mesure et remplie.

En examinant avec attention ces différens résultats, il me semble qu'on peut en déduire, comme conséquence, que l'acide polygalique exerce une action stimulante spéciale sur les membranes muqueuses, d'où résulte une sécrétion de mucus très-abondante. Ceci s'accorderait avec l'observation de Kreysig, qui administre le polygala chez les hommes âgés, où il y a absence plus ou moins complète de sécrétion muqueuse à la surface des bronches. Les faits précédens justifient encore l'emploi de ce médicament par Valentin et Bretonneau dans le croup, où il s'opposerait à la formation de la couenne croupale, ou, si elle existe déjà, il contribuerait à la détacher.

L'action marquée de l'acide polygalique sur l'estomac et les intestins, quand on l'administre à haute dose, ne pourrait-elle pas expliquer sa manière d'agir dans l'ophtalmie ? Ne serait-ce pas comme simple dérivatif qu'il en aurait produit la guérison ? Mais d'après les ravages que nous l'avons vu produire quand il a été introduit en grande quantité dans l'économie, je n'ai pas besoin d'insister ici sur la circonspection avec laquelle on doit doser cette substance âcre ou la racine qui la contient (1).

Enfin, l'acide polygalique paraît exercer sur la fonction respiratoire une action qui n'est peut-être pas étrangère à son efficacité dans les maladies du poumon.

J'ajouterai que comme sialagogue il ne me paraît pas mériter de fixer l'attention ; mis à faible dose sur la langue il excite bien en effet un peu de salivation, mais nous possédons de bien meilleurs médicamens de ce genre.

D'après les expériences que je viens de rapporter, il ne me semble guère possible d'expliquer le mode d'action du polygala dans une foule de maladies où on l'a conseillé. Ce n'est toutefois pas là une raison pour juger *à priori* qu'il ne peut pas être employé avec succès pour les combattre. Combien de médicamens, en effet, produisent d'heureux résultats, et dont nous ne pouvons expliquer la manière d'agir : témoin le sulfate de quinine ! D'ailleurs, si j'ai entrepris ce petit nombre d'expériences physiologiques, c'était moins pour étudier avec détails l'action du polygala sur l'organisme, que pour acquérir la certitude que le corps que j'avais isolé était bien le principe actif de cette racine ; je crois l'avoir suffisamment prouvé.

De la matière colorante.

Elle est en écailles minces, brune-jaunâtre, inodore, très-amère, fond à 160°. Chauffée dans un tube de verre, elle brûle sans répandre de vapeurs alcalines ; brûle à l'air avec une flamme épaisse, et laisse un charbon volumineux.

Elle est peu soluble dans l'eau, soluble dans l'alcool et l'éther : ces solutions rougissent le tournesol. Légèrement soluble dans les huiles fixes et volatiles. La potasse, la soude et l'ammoniaque la dissolvent facilement en développant sa couleur jaune. Elle donne lieu avec un grand nombre de sels métalliques, à des précipités diversement colorés. L'acide sulfurique lui communique une couleur rouge enfumée, n'ayant pas le moindre rapport avec celle qu'il developpe avec l'acide polygalique.

C'est à cette matière que j'ai cru pouvoir attribuer la saveur amère que l'on remarque dans le polygala. Cette matière est-elle pure ? La saveur amère qu'elle nous offre lui est-elle inhérente, ou bien la devrait-elle à une matière étrangère ? Ceci est possible : Feneulle dit l'avoir obtenue insipide. Ce qu'il y a de certain, c'est que dans tous les produits du polygala où la couleur annonçait une grande quantité de matière colorante, là aussi prédominait la saveur amère. Si ce sont deux corps différens, il est donc supposable qu'ils ont l'un pour l'autre une grande affinité. Certain que j'étais que ce n'était pas là la matière active, j'y ai attaché une moins grande importance.

Huile fixe et acide virginéique.

L'huile fixe est contenue en assez grande quantité dans le polygala. Elle est brune-rougeâtre, d'une consistance de sirop épais, d'une saveur aromatique, amère, rance, on ne peut plus désagréable : d'une odeur analogue à la saveur ; elle rougit le tournesol. Elle forme dans les alcalis une solution brune-jaunâtre tant qu'elle est concentrée, mais d'un beau jaune quand elle est un peu étendue.

J'en ai fait bouillir une certaine quantité avec de l'eau ; celle-ci filtre acide, d'une saveur d'abord douce, puis légèrement amère, nauséeuse. Le persulfate de fer n'y produit point de précipité, mais une simple coloration en rose, le sous-acétate de plomb un précipité jaune abondant. Le nitrate d'argent ni celui de baryte n'y produi

(1) Mérat (Dictionnaire des sciences médicales) dit que la dose à laquelle on conseille le polygala dans les ouvrages est généralement trop forte, et qu'on doit rarement l'élever au delà du 1 gros par jour en décoction dans une pinte d'eau. La même remarque se trouve dans le Dictionnaire des sciences naturelles de Levrault.

Cette dose est peut-être un peu minime, mais il est certain que cette racine est très-active et qu'elle ne doit être administrée qu'en petite quantité à la fois. Que penser d'après cela de ceux qui l'ont employée jusqu'à 3 onces pour une pinte d'eau ?

sent de changement ; l'acétate de cuivre donne un précipité en gris-verdâtre, léger ; la potasse lui communique simplement une teinte jaune.

Une autre portion de cette huile a été traitée à chaud par une solution de potasse caustique. La saponification s'est opérée avec une extrême facilité ; après quelques minutes d'ébullition, le savon obtenu se dissolvait parfaitement dans l'eau. On l'a décomposé par l'acide tartrique, et le tartrate de potasse séparé, on a introduit dans un petit appareil distillatoire le liquide aqueux et le corps gras qui le surnageait. Par la distillation on a obtenu un liquide d'une odeur nauséeuse, surmonté par quelques petites gouttes d'une matière huileuse. Le liquide aqueux rougit le tournesol, précipite le sous-acétate de plomb en blanc, ne précipite ni le sel d'argent ni celui de cuivre.

La quantité du liquide gras surnageant étant trop faible pour l'isoler directement, on traite par l'éther. Celui-ci, abandonné à l'évaporation, laisse pour résidu à peine une goutte d'un corps gras légèrement coloré, liquide, rougissant énergiquement le tournesol, d'une odeur très-forte, pénétrante, désagréable, entièrement soluble dans la potasse caustique. La propriété de rougir ainsi le tournesol et surtout celle de se dissoudre dans la potasse caustique, devaient me faire penser que j'avais obtenu un acide gras volatil et non une essence. Déjà Feneulle avait obtenu, non pas ce corps gras isolé, mais un liquide aqueux jouissant de propriétés acides, ce qui lui avait fait penser avec raison qu'il pouvait y avoir là un acide gras volatil.

Ayant déjà de fortes raisons de penser que cet acide préexistait dans l'huile fixe, et désirant d'ailleurs m'en procurer d'assez grandes quantités pour faire quelques essais, j'ai introduit 30 grammes d'huile fixe dans une cornue, et je l'ai exposée à une chaleur graduellement élevée jusqu'à 200°. J'ai obtenu par ce moyen une petite couche de liquide huileux d'une couleur jaune hyacinthe, qui m'a paru semblable au précédent. Voici ses propriétés. Odeur, très-forte, nauseeuse ; saveur âcre, piquante, laissant sur la langue une tache blanche ; rougit fortement le tournesol. Peu soluble dans l'eau, très-soluble dans l'alcool et l'éther. La potasse caustique le dissout complétement. La solution dans l'alcool faible jouit des propriétés suivantes : elle précipite en gris le persulfate de fer et développe une couleur rose ; l'acétate et le sous-acétate de plomb y forment un précipité blanc, l'acétate de cuivre un précipité gris-verdâtre. L'acide sulfurique lui communique une couleur brune, puis le noircit.

Ainsi de tous ces faits, je crois pouvoir conclure : que la matière que j'ai extraite à la température de l'eau bouillante par la distillation des produits de la saponification de l'huile fixe, et celle que je viens d'obtenir à feu nu, mais à une température inférieure à celle à laquelle les graisses se décomposent, sont identiques, car leurs propriétés principales sont les mêmes ; que cette matière grasse préexiste avec ses propriétés acides dans le polygala, car les réactifs en annonçaient la présence dans l'huile fixe non distillée, et aussi dans le produit de la simple distillation de la racine à la vapeur ; que cette substance est un acide gras volatil analogue aux acides valérianique et phocénique, et non une huile essentielle, car la propriété de rougir fortement le tournesol et de se dissoudre dans les alcalis n'appartient généralement pas aux essences. Je donnerai à cet acide le nom d'*acide virginéique*. Je regarde en conséquence comme probable que le polygala ne contient pas d'huile essentielle, et que c'est seulement à l'acide virginéique qu'on doit rapporter son odeur.

D'après les expériences rapportées dans cette analyse, je crois pouvoir admettre, sans aucun doute, la présence des corps suivans dans le polygala :

1° Acide polygalique ;
2° — virignéique ;
3° — peetique ;
4° — tannique ;
5° Mat. col. jaune, amère ;
6° Gomme ;
7° Albumine ;
8° Cérine ;
9° Huile fixe.

Les acides, comme on le voit par cette énumération, sont nombreux dans le polygala : ils dominent les autres principes, et révèlent d'abord leur présence par la propriété de rougir le tournesol. Il est toutefois présumable que l'un deux, l'acide pectique, ne préexiste pas dans la racine, et que ses élémens s'y trouvent à l'état de pectine.

Incinération.

Connaissant les principes d'origine organique qui se trouvent dans le polygala, et ayant déjà vu apparaître durant le cours de l'analyse différens corps minéraux, il me restait à constater d'une manière positive leur présence et à fixer leur nombre.

J'ai en conséquence brûlé 50 grammes de polygala bien choisi dans un creuset de platine. Cette quantité m'a fourni 1 gr. 5 déc. de cendres, dans lesquelles j'ai reconnu la présence des corps ci-dessous énumérés, et devant être ajoutés aux premiers pour représenter la constitution chimique du polygala :

1° Carbonate potassique ;
2° Carbonate calcique ;
3° Phosphate potassique ;
4° Sulfate *idem* ;
5° Chlorure *idem* ;
6° Sulfate calcique ;
7° Phosphate *idem* ;
8° Alumine ;
9° Magnesie ;
10° Silice ;
11° Fer.

J'ai eu occasion, durant le cours de cette analyse, de faire connaître les produits auxquels Feneulle et Folchi ont rapporté les propriétés du polygala. Je dirai ici

que celui de Dulong d'Astafort, quoique obtenu par un procédé fort compliqué, est beaucoup plus pur que celui de Feneulle. Il ne paraît contenir, en fait de corps étrangers, que de l'acétate de magnésie et un peu de matière colorante ; l'auteur ne s'y est pas mépris, mais il n'a pu trouver le moyen de séparer l'acide acétique ce qui l'a empêché de reconnaître la vraie nature de son produit, auquel il donne pour caractère d'être fauve, âcre, de se ramollir par la chaleur et d'attirer l'humidité de l'air.

Enfin, il serait assez difficile de savoir quels étaient les corps qui pouvaient se trouver dans la sénéguine de Gehlen, à laquelle il attribue pour caractère d'être brune et cassante, âcre, insoluble dans l'eau ; mais ce qu'on peut dire, c'est que ce produit était extrêmement facile à purifier, et qu'il est étonnant que cet habile chimiste ne l'ait pas fait. Son procédé, qui consiste uniquement dans l'emploi successif de l'alcool, de l'éther et de l'eau, est très-bon, mais fort dispendieux : il sert à prouver un fait très-intéressant, c'est que l'acide polygalique existe à l'état de liberté dans le polygala. En effet, au moyen des trois véhicules que je viens de nommer, on peut parvenir à avoir cet acide pur, et même d'un assez beau blanc, sans l'emploi du charbon (1).

GHELEN.	FENEULLE.	DULONG.	FOLCHI.	QUEVENNE.
Sénéguine.	Substance amère.	Matière âcre non alcal.	Matière âcre.	Acide polygalique.
—	—	—	—	Acide virginéique.
—	Acide pectique.	Acide pectique.	—	Acide pectique.
—	—	—	Acide gallique.	Acide tannique.
Gomme.	Matière colorante jaune.	Matière colorante jaune.	Matière colorante jaune.	Matière colorante jaune.
Albumine.	Gomme.	Matière gommeuse.	Extractif gommeux.	Gomme.
	Albumine.	—	Matière azotée analogue au gluten.	Albumine.
—				
Résine.	—	Matière analog. à la cire.	Cire.	Cérine.
	Huile grasse.	Résine.	Huile dense en partie volatile.	Huile fixe.
—				
—	Huile volatile.	Huile volatile.	Huile volatile.	—
	Malate, acide de chaux.	Malate calcico-potassique.	—	—
—				
—	Carbonate calcique.	—	Carbonate calcique.	Carbonate calcique.
—	Carbonate potassique.	—	Carbonate potassique.	Carbonate potassique.
—	—	Sulfate potassique.	Sulfate potassique.	Sulfate *id.*
—	—	—	—	Phosphate *id.*
—	Chlorure potassique.	Chlorure potassique.	Chlorure potassique.	Chlorure potassique.
—	Sulfate calcique.	—	Sulfate calcique.	Sulfate calcique.
—	Phosphate calcique.	Phosphate calcique.	Phosphate calcique.	Phosphate calcique.
—	—	—	—	Alumine.
—	—	—	Magnésie.	Magnésie.
—	Silice.	—	Silice.	Silice.
	—	Fer.	Fer.	Fer.

APPLICATIONS.

Revue générale des préparations de polygala.

Munis que nous sommes maintenant de la connaissance des principes qui constituent le polygala, il nous est déjà permis de penser que les meilleurs médicamens obtenus avec cette substance seront ceux qui ont l'eau pour véhicule ; mais comme la multitude de corps avec lesquels l'acide polygalique se rencontre dans le polygala pourrait mettre la théorie en défaut, faisons d'abord quelques essais, après quoi nous passerons rapi-

(1) Il existe encore au moins trois autres analyses du polygala qui n'ont point été publiées par les recueils scientifiques qui se trouvent dans les bibliothèques de Paris ; de là l'impossibilité de me les procurer. Parmi elles il en est une surtout que j'aurais désiré connaître, parce qu'elle fait mention d'un acide polygalique : c'est celle de Peschier. Toutes mes recherches à ce sujet ont été inutiles. Ce que je puis savoir, c'est que le corps, que ce chimiste a désigné sous le nom d'acide polygalique, est différent du mien. En effet, d'après ce qu'on voit dans quelques traités de matière médicale, son principe âcre du polygala serait celui qu'il nomme *polygaline*, et qu'il regarde comme un alcali : ce serait donc cette polygaline qui correspondrait au principe que j'ai appelé acide polygalique.

Il y admet la présence d'un troisième corps dont on ne trouve que le nom dans les ouvrages, c'est l'*isolysine*. Serait-ce la matière colorante qu'il aurait ainsi désignée par un nom particulier, ou bien l'huile fixe ?

dement en revue les principaux médicamens dont il est la base, en essayant d'apprécier la valeur de chacun d'eux.

On a pesé quatre doses de chacune 30 gram. de poudre de polygala. L'une a été soumise à l'action de l'eau distillée bouillante à deux reprises ; on a employé en tout un litre d'eau ; la durée de chaque décoction a été de vingt minutes. La liqueur passée et abandonnée au repos pour la séparer des parties terreuses était très-trouble, grisâtre, d'une saveur un peu amère, piquante, âcre, et prenant au gosier ; faible odeur d'huile de polygala.

La liqueur évaporée fournit 10 gr. 5 d,. d'un extrait presque sec, d'une saveur d'abord douce, puis bientôt âcre.

La poudre de polygala, qui avait fourni cet extrait, avait conservé une légère saveur âcre, nauséeuse.

La deuxième portion de poudre de polygala a été traitée deux fois par infusion ; elle est restée exposée une heure chaque fois à l'action de l'eau, dont on a également employé un litre. La liqueur passée et décantée paraît peu différer de la décoction ; cependant elle est un peu moins trouble ; sa saveur est analogue.

Le liquide évaporé donne 10 gr. d'un extrait brun jaunâtre, de même consistance que le premier, et d'une saveur analogue.

La poudre restante a aussi conservé un peu de saveur âcre, nauséeuse.

La troisième dose de polygala a été placée dans une allonge, et soumise à l'action de l'eau froide par déplacement ; les premières portions écoulées sont brunes-rougeâtres, opalines. La couleur du liquide s'affaiblit bientôt, et il ne s'écoule plus que fort lentement et par gouttes très-opalines, d'une légère saveur âcre ; sa quantité était de 6 onces. Il avait une saveur plus amère et plus âcre que les précédens, ce qui ne doit pas paraître étonnant puisque la proportion d'eau était moindre.

On obtient, par évaporation, 11,3 d'un extrait fort analogue aux deux premiers sous tous les rapports.

Désirant savoir si l'eau froide pouvait enlever au polygala toute sa matière âcre, j'ai exposé le dernier résidu à deux macérations successives, de six heures chacune, dans 8 onces d'eau. Les liquides passés et décantés sont émulsifs, blanchâtres, sans amertume et sans saveur piquante ; ils sont seulement un peu âcres.

Ils fournissent, par évaporation, 1 gr. 6 d'un extrait brun et âcre.

La poudre de polygala, ainsi traitée, est dépourvue de saveur.

L'eau froide peut donc dissoudre tout l'acide polygalique renfermé dans le polygala.

Ces différens extraits ayant été préparés sans séparer le coagulum albumineux formé par la chaleur, il est évident qu'ils devaient se redissoudre dans l'eau en la troublant.

Avec la quatrième dose de polygala on a fait successivement deux décoctions dans l'alcool à 35°, dont on a employé en tout un litre. On filtre, et l'on évapore sans séparer la petite quantité de cire déposée par refroidissement.

Il en résulte 11 gr. d'extrait jaunâtre d'une odeur nauseuse d'huile de polygala, d'une saveur également nauseuse, devenant bientôt âcre, et prenant au gosier. La poudre ainsi traitée était dépourvue de saveur âcre et totalement décolorée.

Ainsi l'alcool dissout tout aussi bien et même plus facilement que l'eau le précipité âcre de polygala.

On trouve dans certains ouvrages que la saveur de l'infusion aqueuse paraît plus âcre que la teinture alcoolique, ce qui est vrai ; mais ceux qui en ont conclu que celle-ci était moins active ont eu tort. Pour le sentir il eût suffi de réfléchir que la saveur chaude et brûlante de l'alcool, émoussant momentanément le sens du goût, la langue et le gosier n'étaient plus aussi propres à percevoir la saveur âcre. Nous concevons toutefois qu'il doit exister une différence de composition entre les extraits aqueux et l'extrait alcoolique. En effet, l'eau n'a dissout qu'une faible portion d'huile et beaucoup de sels, tandis que l'alcool au contraire, a enlevé la totalité de l'huile et moins de sel.

Enfin, des extraits, préparés séparément avec la partie corticale de la racine et avec le méditullium, m'ont prouvé que l'acide polygalique était contenu en quantité beaucoup plus grande dans la partie corticale : la matière colorante prédomine au contraire dans le méditullium.

Ainsi nous ne voyons, entre le produit de l'infusion et celui de la décoction, qu'une différence de 6 décig., laquelle est trop petite pour pouvoir en tenir compte dans des opérations qui ne sont pas susceptibles d'une précision rigoureuse ; ces produits sont de même nature. La méthode de déplacement a fourni une quantité d'extrait sensiblement plus grande, sans avoir épuisé totalement la racine ; mais on est parvenu à enlever à celle-ci le peu de matière sapide qui lui restait au moyen de l'eau froide. Si la décoction et l'infusion ont fourni un produit moins abondant que l'eau froide, je crois pouvoir en donner la raison, en disant qu'il s'est opéré dans la racine même une combinaison d'acide polygalique, de matière colorante et d'albumine coagulée, laquelle, comme nous le savons, est insoluble dans l'eau.

Fondés sur ces résultats, nous pouvons dire que, quand il s'agira de préparer des boissons de polygala, on devra de préférence se servir de l'eau froide ou tiède, qui peut avec le temps dissoudre complétement le principe actif du polygala : on évitera ainsi la formation de cette combinaison insoluble dont je viens de parler ; que si l'on est pressé, on pourra recourir à l'infusion, mais il est au moins inutile d'employer la décoction, car elle n'enlèverait pas mieux les principes actifs ; elle pourrait, au contraire, donner lieu à la formation d'une plus grande quantité du composé insoluble. Quand on aura besoin d'avoir ces principes du polygala sous un petit volume, pour préparer un extrait ou une pâte, par exemple, on devra préférer la méthode de déplacement, parce qu'on peut enlever par-là à cette racine la presque totalité des corps solubles avec une très-petite quantité d'eau, et qu'on évite, par suite, l'action prolongée de la chaleur, dont l'effet ne pourrait être que

nuisible au médicament. Enfin, si pour remplir une indication thérapeutique particulière, on voulait en même temps réunir l'huile et la totalité des principes âcre et colorant, on devrait employer l'alcool à 36°. Si l'on voulait préparer de la poudre de polygala, on l'obtiendrait plus active en ne conservant que les premières portions, et rejetant le résidu, qui ne se compose pour ainsi dire que du méditullium. Mais ici je rappellerai une observation faite dans beaucoup d'autres cas, c'est que, selon qu'on aura fait un résidu plus ou moins considérable, la proportion du principe actif variera dans le produit. Enfin, si l'on voulait administrer l'acide polygalique à l'état de pureté, il faudrait l'employer en solutions aqueuses ou en pilules, et non dissout dans l'alcool, qui le laisse précipiter en grande partie par refroidissement, même quand il est faible. On devrait aussi de préférence employer l'acide polygalique libre, et non en combinaison avec les bases, dont les unes forment des sels insolubles, les autres des sels facilement transformables en sels insolubles.

L'acide polygalique libre peut sans inconvénient être associé à toute espèce de sels, si l'on en excepte le sous-acétate de plomb et le protonitrate de mercure.

Je n'ai point déterminé d'une manière précise dans quelles proportions l'acide polygalique est contenu dans le polygala, ce qui m'eût conduit à indiquer par quelle dose on peut commencer à l'administrer. Voici comment j'y ai suppléé : j'ai fait une infusion de 1 gros de polygala dans 4 onces d'eau ; d'autre part, j'ai fait dissoudre 1 grain d'acide polygalique dans une pareille quantité d'eau : les deux produits offraient un âcreté analogue. J'ai donc admis que 1 grain d'acide polygalique correspond à 1 gros de polygala.

En conséquence, la formule de la potion pectorale qui se trouve dans la pharmacopée de M. Soubeiran pourrait être remplacée par celle-ci :

Pr. :	Acide polygalique.	1 à 2 grains.
	Eau.	4 onces.
	Sirop de Sucre.	2 onces.

Revue des médicamens.

Le polygala se prescrivant presque toujours sous la forme de médicament magistral, variable au gré du médecin, les formules dont il est la base ne se trouvent qu'en petit nombre dans les pharmacopées. Quand on jette un coup-d'œil général sur ces formules, on voit qu'elles pèchent presque toutes par le même défaut, celui de faire bouillir longtemps la racine et de réduire plus ou moins le liquide. Ainsi les pharmacopées de Boston, d'Édimbourg, de Londres, celles de Brugnatelli, prescrivent, pour préparer la tisane de polygala, de prendre 1 once de racine et 2 livres d'eau, et de réduire à moitié par l'ébullition.

Par cette opération il se forme, non-seulement dans la racine, mais aussi dans le liquide, une assez grande quantité de ce composé insoluble que nous connaissons ; on obtient une boisson trouble et par-là plus rebutante à boire.

On trouve dans la pharmacopée de Hambourg la préparation suivante, sous le nom de décoction pectorale.

Pr.	Rac. de polyg. de virg.	
	Lichen d'Islande.	aa 1/2 once
	Eau.	16 onces.

« Faites bouillir sur un feu doux et réduire à 1 once » de colature. »

Il serait rationnel de faire bouillir le lichen seul et d'y ajouter le produit de la lixiviation du polygala par déplacement ; ou encore de faire une simple infusion dans 5 onces d'eau et de l'ajouter à la décoction de lichen évaporée à 5 onces.

Quelques pharmacopées, et entre autres celles de Francfort et de Berlin, préparent l'extrait de polygala avec l'eau-de-vie.

L'emploi de ce véhicule ne me semble pas convenir dans ce cas, et voici pourquoi : l'huile de polygala, comme toutes les autres, n'est que peu soluble dans l'alcool à 22°, et l'on ne doit ici en obtenir qu'une portion. Si l'on veut qu'elle fasse partie du médicament, il faut l'y faire entrer en totalité, et, pour cela, employer de l'alcool fort ; si l'on veut au contraire l'exclure, il faut avoir recours à l'eau. Ici on a pris le juste milieu.

On trouve une très-bonne formule de sirop de polygala dans la pharmacopée usuelle de Van Mons, de Louvain. Il prescrit de faire infuser à une douce chaleur, pendant quelques heures, une partie de polygala dans douze parties d'eau, de passer en exprimant légèrement, et de faire un sirop avec dix-huit parties de sucre.

Ce mode d'opérer est très-rationnel ; seulement on pourrait élever un peu la quantité de sucre pour rendre plus prompte la cuite du sirop, ou bien diminuer la quantité d'eau.

Enfin, je terminerai en disant que le mode indiqué dans le Traité de pharmacie de MM. Henry et Guibourt, et dans celui de M. Soubeiran, pour les préparations aqueuses de polygala, est très-bon : ces auteurs prescrivent d'employer l'infusion, ou la macération dans l'eau tiède, et blâment la décoction.

Conclusion.

De tous les faits et de toutes les observations que j'ai rapportés, je crois pouvoir conclure :

1° Qu'il n'existe point de principe alcalin dans le polygala de Virginie ;

2° Que celui-ci doit son action thérapeutique à un principe qui n'avait pas encore été obtenu à l'état de pureté, et auquel j'ai reconnu des propriétés acides ;

3° Que cet acide, que j'ai désigné sous le nom d'acide polygalique, ayant des propriétés distinctives qui le caractérisent suffisamment, doit prendre place dans cette classe de corps ;

4° Que l'acide polygalique existe à l'état de liberté dans le polygala ;

5° Qu'il existe aussi dans le polygala, mais en quantité très-petite, un acide gras volatil analogue aux acides valérianique et phocénique ; c'est lui que j'ai désigné sous le nom d'acide virginéique, et auquel j'ai rapporté l'odeur de la racine ;

6° Que, pour extraire le principe actif du polygala, le meilleur véhicule à employer est l'eau froide ou à une température inférieure à 40°.

Sur un acide organique d'une composition nouvelle, par Justus Liébig.

Extrait d'une lettre à M. Pelouse.

M. Winkler, pharmacien distingué à Zwingenberg, m'avait envoyé il y a quelque temps un corps cristallisé obtenu, en traitant l'huile d'amandes amères par le chlore humide, et un acide nouveau qui se produit par l'évaporation de l'eau distillée d'amandes amères, à laquelle on a préalablement ajouté une certaine quantité d'acide hydrochlorique. Cet acide existe après l'évaporation sous forme de grumeaux cristallisés, il est mêlé à du sel ammoniac, dont on peut le séparer très-facilement en le dissolvant dans l'éther. Cet acide est blanc, très-soluble dans l'eau, d'une saveur très-acide ; il neutralise parfaitement les bases, et forme avec l'oxide d'argent et l'oxide de cuivre des sels cristallisés grenus, peu solubles ; il décompose les acétates, les benzoates et les formiates ; chauffé à l'état sec, il fond dans son eau de cristallisation ; à une plus forte chaleur il se décompose entièrement : on remarque une odeur très-prononcée de fleurs de pêcher, et il reste beaucoup de charbon.

D'après l'analyse de l'acide cristallisé, sa composition correspond à ces formules, $C^{16}H^{16}O^{6}$. Dans le sel de cuivre et d'argent il est à l'état anhydre, et sa formule est $C^{16}\ H^{14}\ O^{5}$. Cette formule et les circonstances sous l'influence desquelles elle se produit, prouvent bien évidemment que cet acide est une combinaison de l'acide formique et de l'hydrure de benzoïle. En retranchant de $C^{16}\ H^{14}\ O^{5}$ les élémens de l'acide formique $C_2\ H^2\ O^3$, il reste $C^{14}\ H^{12}\ O^2$, c'est-à-dire les élémens de l'huile d'amandes amères pure. L'eau d'amandes amères est comme on sait un mélange d'acide hydrocyanique et d'hydrure de benzoïle : en le chauffant et l'évaporant avec de l'acide hydrochlorique, l'acide hydrocyanique est décomposé aux dépens des élémens de l'eau en ammoniaque et acide formique, qui, à l'état naissant, se combine à l'hydrure de benzoïle pour former le nouvel acide. Les expériences suivantes mettront cette composition hors de doute.

Quand on chauffe une dissolution du nouvel acide avec du peroxide de manganèse, il y a instantanément décomposition rapide avec une grande effervescence d'acide carbonique, et il distille de l'hydrure de benzoïle (huile d'amandes amères) parfaitement pur. Chauffée avec l'acide nitrique, la dissolution dégage de l'acide nitreux et de l'acide carbonique ; il distille en même temps de l'hydrure de benzoïle, et, après le refroidissement de la liqueur acide, on obtient une grande quantité de beaux cristaux d'acide benzoïque. Quand on fait passer à travers une dissolution de l'acide mêlé à un excès de potasse entièrement exempte d'acide carbonique un courant du chlore, il se produit du carbonate ou du bicarbonate de potasse et du benzoate de la même base.

Le nom d'acide formo-benzoïlique convient, ce me semble, parfaitement à cet acide.

Je regarde l'existence de l'acide formo-benzoïlique comme un des faits les plus importans pour la chimie organique. Nous connaissons, il est vrai, un grand nombre d'acides formés à la manière de l'acide sulfovinique, d'un corps d'origine organique avec un acide inorganique, mais jusqu'à présent on n'avait jamais obtenu une combinaison de deux corps d'origine organique, formant un composé d'une des propriétés les plus prononcées, et pouvant être produit à volonté. Ce fait incontestable servira de base à des recherches nouvelles, et on peut bien prévoir que beaucoup de nos acides organiques, auxquels on assigne une composition immédiate, ou même que l'on regarde comme des principes immédiats, seront reconnus pour des composés binaires analogues à l'acide formo-benzoïlique. Il est possible que l'acide valérianique, l'acide de l'huile de girofle, l'acide cinnamique, l'acide hippurique, *et beaucoup d'autres*, appartiennent à cette série.

M. Lecanu a publié dans les Annales de chimie, t. 55, p. 182, des recherches sur une matière nouvelle qu'il avait obtenue en traitant du suif de mouton par l'éther ; sa composition est telle, qu'on peut la regarder comme formée d'un atome d'acide margarique et d'un atome de glycérine ; les résultats de son analyse et la décomposition qu'elle éprouve sous l'influence alcaline caustique coïncident très-bien avec cette supposition. La matière cristallisée dont j'ai fait mention au commencement de cette lettre, montrera pour un exemple que cette vue théorique pourrait bien être la vérité.

Cette matière se reproduit en faisant passer du chlore *humide* dans de l'hydrure de benzoïle ; c'est sans aucun doute le même corps que M. Robiquet a obtenu dans son expérience sur l'huile d'amandes amères et dans les mêmes circonstances. Ce corps ressemble beaucoup au benzoïle, d'après son aspect et la forme de ses cristaux on peut très-facilement les confondre, mais sa composition s'en éloigne entièrement. Sa formule est $C^{42}\ H^{34}\ O^{7}$. C'est une combinaison de deux atomes d'hydrure de benzoïle $C^{28}\ H^{24}\ O^{4}$ avec un atome d'acide benzoïque anhydre $C^{14}\ H^{10}\ O^{3}$.

Je suis occupé de quelques recherches sur l'amygdaline, il paraît que la formule est $N^2\ C^{32}\ H^{44}\ O^{17}$; cependant je n'en suis pas parfaitement sûr. D'après cette composition, on peut en déduire de l'hydrure de benzoïle, de l'acide prussique, de l'acide carbonique, etc., mais les déductions ne sont nullement satisfaisantes.

En dissolvant l'amygdaline dans la potasse caustique, on obtient comme on sait un dégagement d'ammonia-

que, et il se produit encore un acide qui forme avec l'acétate de plomb bazique un sel insoluble ; j'attends de l'analyse de ce sel des éclaircissemens un peu mieux fondés.

Notice sur l'acide gallique ;
Par M. Robiquet.

En faisant quelques recherches sur la formation et sur les propriétés de l'acide gallique, j'ai été assez heureux pour trouver plusieurs modifications bien remarquables de ce singulier acide; et, désirant en quelque sorte prendre date, je viens provisoirement présenter à l'Académie les principaux résultats que j'ai obtenus, et je me propose de lui communiquer plus tard un mémoire assez étendu, qui portera le titre de faits pour servir à l'histoire de l'acide gallique.

Le premier produit sur lequel j'appellerai l'attention de l'Académie, est celui qui résulte de la réaction de l'acide sulfurique concentré sur l'acide gallique. Je m'étais aperçu qu'en distillant brusquement cet acide on obtenait une matière colorée en rouge-jaune, qui accompagnait l'acide pyrogallique, mais qu'on en peut facilement séparer au moyen de l'eau, en raison de son insolubilité dans ce véhicule.

Il se ne produit ainsi qu'une très-petite quantité de cette matière, et ce ne serait qu'en sacrifiant de grandes masses d'acide gallique qu'on pourrait en obtenir assez pour l'examiner.

Cependant j'ai pu, avec la très-petite quantité que j'en ai recueillie par ce moyen, constater quelques propriétés qui m'ont paru se rapprocher assez de celles qui appartiennent à l'acide ellagique ; or, on sait, d'après les expériences de M. Pelouze, que l'acide gallique n'en diffère que par un atome d'eau. Il s'agissait donc, pour reproduire la matière colorée, si telle était sa nature, d'obtenir sa modification d'une manière plus efficace, et j'ai cru que l'acide sulfurique m'en fournirait les moyens en raison de sa grande avidité pour l'eau. Il était cependant bien à craindre qu'un agent aussi énergique n'occasionnât la destruction totale d'un corps qui cède si promptement à de bien moindres influences; mais cette crainte même me fit apporter les plus grands ménagemens dans cette réaction. Je fis donc un mélange de 10 grammes d'acide gallique et 50 grammes d'acide sulfurique concentré ; ce mélange d'abord assez liquide, prit bientôt la consistance d'une bouillie claire, qu'on eut quelque peine à introduire dans un matras. Je chauffai d'abord très-doucement, et dès les premières impressions de la chaleur le magma devint moins consistant et il acquit de la transparence ; c'est-à-dire que l'acide gallique fut entièrement dissous et sans que le liquide se colorât sensiblement. En continuant de chauffer, mais toujours avec les plus grandes précautions, je vis la liqueur prendre une teinte fauve, puis rosée, et, à partir delà, passer par toutes les nuances jusqu'au plus beau rouge foncé du carmin, et le liquide avait en même temps acquis de la viscosité. Arrivé à ce point, le thermomètre marquait 140°, et quelques traces d'acide sulfureux se manifestaient. Je ne voulus pas pousser plus loin, et après refroidissement je délayai peu à peu ce mélange dans l'eau froide; il se produisit un abondant précipité d'un beau rouge-brun, partie floconneux, partie grenu et cristallin. Je séparai ces deux produits l'un de l'autre par simple lévigation, et chacun d'eux fut recueilli sur un filtre à part et lavé jusqu'à soustraction totale de l'acide sulfurique. La partie la plus grenue se composait de petits cristaux brillans qui, bien lavés, ne retiennent aucune trace d'acide sulfurique. Leur couleur est le rouge-brun, assez éclatant du beau kermès : leur poids total excède toujours la moitié de l'acide employé, et peut aller jusqu'aux 2/3 si l'opération a eu un plein succès. Chauffés dans une étuve à 120°, ils diminuent de 10,5 pour 100 de leur poids, et leur couleur devient terne. Chauffés à feu nu, ces cristaux se décomposent difficilement, ils finissent cependant par se charbonner et se recouvrir de petits cristaux prismatiques, d'un beau rouge de cinabre. Analysées par l'oxide de cuivre, on arrive à la formule $C_7 H^4 O^4$, c'est-à-dire à l'acide ellagique, ou si l'on veut à l'acide gallique, moins un atome d'eau, en admettant que cette formule représente un atome de ce nouveau produit.

On y retrouve en effet toute l'insolubilité dont jouit l'acide ellagique, car l'eau bouillante n'en dissout que 3/10000 de son poids. La chaleur exerce aussi une action semblable sur chacun de ces deux produits, mais il y a une différence essentielle dans la manière dont se comportent les alcalis : on sait, par exemple, que la potasse en excès tient momentanément l'acide ellagique en dissolution, et qu'à mesure que l'excès d'alcali se combine avec l'acide carbonique de l'air, il se dépose de petites paillettes d'ellagate de potasse peu soluble ; rien de semblable n'a lieu avec l'acide rouge. Cependant il se dissout également, fait disparaître la saveur alcaline, mais ce n'est qu'au bout d'un très-longtemps qu'on voit apparaître des cristaux colorés qui sont très-solubles ; ils m'ont paru être une combinaison de l'acide rouge avec la potasse. La couleur surtout établit entre ces deux produits une grande distinction. J'ai tenté inutilement, en traitant l'acide ellagique par l'acide sulfurique, de lui donner la couleur rouge ; il a parfaitement résisté, car, après avoir subi une température de 140° en contact avec cet agent, il a repris son état primitif en le précipitant au moyen de l'eau. Il existe donc entre ces deux corps d'une même composition chimique des points de similitude et de différence, et ce n'est pas le premier exemple de ce genre.

Désirant voir jusqu'à quel point cet acide rouge possédait les propriétés des matières colorantes, j'en ai fait bouillir avec une toile mordancée en fer et alumine, et j'ai obtenu, quoique avec moins d'éclat, à peu près les mêmes nuances qu'avec la garance : c'est-à-dire que les mordans ferrugineux, mais à différens degrés, ont fourni toutes les nuances, depuis le violet clair jusqu'au noir foncé, et les mordans alumineux toutes les nuances de rouge. Cette teinture résiste assez bien au savon bouil-

lant, mais elle est facilement détruite par le chlore. Ce résultat curieux peut faire concevoir jusqu'à un certain point comment la noix de galle intervient dans les teintures en rouge turc, parce qu'il est possible que cet acide rouge y préexiste : et en effet M. Chevreul a depuis longtemps fait mention d'une matière colorante rouge, comme faisant partie des principes constituans de la noix de galle ; ou bien cet acide se formerait pendant l'acte même de la teinture.

Ce qu'il y a de certain, c'est que l'engallage donne plus de corps à la teinture en rouge turc, et que jusqu'à présent on n'en a donné aucune raison plausible.

« Un fait sur lequel je crois devoir insister, parce qu'il m'a paru bien remarquable, c'est que l'acide sulfurique, chauffé à 130 ou à 140°, enlève un atome d'eau de composition à l'acide gallique, et qu'il ne lui enlève pas son eau de cristallisation, ou du moins qu'il la lui laisse reprendre pour se solidifier. On ne peut pas supposer que ce soit l'eau employée aux lavages qui hydrate cet acide, car ses cristaux se forment au milieu de l'acide sulfurique concentré ; et d'ailleurs, pour m'en assurer, j'ai pris la précaution de les séparer de l'acide au moyen de l'alcool anhydre, et, après dessiccation à l'air libre, ils ont perdu, comme les autres, dix pour cent environ de leur poids en les chauffant à 100°. Il me semble que si le fait est bien observé, il milite singulièrement en faveur d'une opinion que j'ai déjà plusieurs fois émise, savoir : que ce qu'on appelle souvent eau de composition dans les corps n'y est contenu que par ses élémens et non à l'état d'eau, autrement il faudrait admettre dans ce cas-ci que la portion d'eau qui entre dans la composition intime de l'acide gallique y tient moins que celle qui n'en fait pas partie essentielle. (Plus les observations se multiplient, et plus on reconnaît que, dans une foule de circonstances différentes, il y a formation ou reproduction d'eau sous telle ou telle influence, et l'on finira, je l'espère, par reconnaître que cette loi est générale, et non, comme on le prétend, restreinte à certains groupes de corps.) » Une autre réaction qui me paraît mériter également l'attention des chimistes, c'est celle qu'exerce l'ammoniaque sur l'acide gallique. On sait que cette base, ainsi que la potasse et la soude, ne peuvent demeurer en combinaison avec cet acide que sous la condition expresse de la privation du contact de l'oxygène ; autrement, comme l'a démontré M. Chevreul, il y a altération qui varie avec la proportion relative de ces corps. J'ai dit, en parlant de la singulière transformation de l'orcine en matière colorante, sous l'influence de l'ammoniaque, de l'oxygène et de l'eau, qu'une métamorphose analogue s'opérait dans les mêmes circonstances avec l'acide gallique, et que là aussi il y avait destruction sans retour de la matière, et production d'un nouveau composé coloré, dont l'azote faisait partie. Il en résulte que les gallates solubles n'ont qu'une existence éphémère, et qui ne permet pas d'en constater les propriétés ; aussi sont-ils les moins connus de tous les sels. J'ai trouvé cependant que si, sous certaines conditions, on met ces deux corps en contact à l'état anhydre, il y a combinaison réelle et formation d'un sel persistant, qui peut être dissous dans l'eau chaude ou froide, sans inconvénient, y rester en solution, du moins pour un temps assez long, se cristalliser, retenir de l'eau de cristallisation, et n'éprouver aucune altération sensible au contact de l'air. Mais le bigallate est seul dans ce cas, et, si l'on fait absorber à l'acide gallique anhydre autant de gaz ammoniac sec qu'il en peut prendre, on obtient toujours un gallate basique, quand bien même on chasserait par un séjour très-prolongé dans le vide toute l'ammoniaque absorbée par porosité, et il ne suffit même pas de saturer l'excès de base pour obtenir un sel stable ; il faut de toute nécessité doubler la portion d'acide, c'est-à-dire former un bigallate. Si, au lieu de prendre sur l'acide anhydre, on se sert d'acide cristallisé, il se manifeste, comme dans le cas précédent, une assez forte élévation de température, et de plus il y a expulsion de l'eau de cristallisation ; et comme celle-ci, à mesure qu'elle se dégage, s'imprègne d'ammoniaque, elle réagit sur les portions d'acide qu'elle touche, les noircit et en détermine la décomposition, tandis que les couches superposées demeurent incolores.

» On voit donc que l'affinité réciproque de l'ammoniaque et de l'acide gallique ne manque pas d'énergie, puisque leur combinaison se fait, non-seulement avec un dégagement très-manifeste de chaleur, mais, chose plus remarquable et bien plus rare encore pour cette hydrobase, avec élimination de l'eau de cristallisation ; et, si cette combinaison ne peut se maintenir, ce n'est pas parce que ces deux principes ont tendance à se séparer mais bien parce qu'étant unis ensemble ils peuvent, sous l'influence de l'eau et de l'oxigène, donner naissance à un nouveau produit, auquel ils concourent semblablement l'un et l'autre lorsqu'ils sont à parties égales ; mais si l'acide domine, alors son excès défend la combinaison de l'influence de l'air et de l'eau, et elle se maintient. Ces réflexions font entrevoir des points de vue assez neufs et assez piquants pour mériter qu'on y revienne, et j'en demanderai la permission plus tard. Il me reste à entretenir l'Académie d'une réaction bien remarquable. On se rappelle peut-être que j'ai fait voir, dans mes recherches sur l'acide méconique, que, chauffé à sec, cet acide se maintenait intact jusqu'à la température de 220° ; mais qu'arrivé là il perdait de l'acide carbonique et se transformait en un autre acide, qui à son tour se maintenait jusqu'à 250°, et qu'au-delà de ce terme il se transformait aussi, lui, en un troisième, moyennant l'élimination d'une nouvelle quantité d'acide carbonique.

» Depuis, M. Pelouze vit qu'il en était à peu près de même pour l'acide gallique, et qu'il pouvait subir jusqu'à 215° de chaleur sans éprouver de modification, et que ce n'était qu'à partir de ce terme qu'il se changeait en un autre acide, en perdant également un atome d'acide carbonique, mais j'avais en outre remarqué que, si au lieu de chauffer l'acide méconique seul je le mélangeais préalablement à une certaine quantité d'eau, alors l'époque de sa métamorphose était de beaucoup

dévancée, et que le dégagement d'acide carbonique, favorisé par le développement de la vapeur aqueuse, précédait même le terme de l'ébullition de l'eau. J'ai voulu voir si cette même cause pourrait avoir de l'influence sur la transformation de l'acide gallique en acide pyrogallique; et comme il ne se manifeste rien dans l'eau ordinaire, j'ai voulu m'assurer si une solution aqueuse, dont le point d'ébullition, serait plus élevé, n'aurait pas plus d'efficacité.

» J'ai fait choix pour cela d'hydrochlorate de chaux, et j'ai vu qu'en faisant dissoudre à chaud de l'acide gallique dans une solution faite avec cinq parties d'eau et deux de chlorure bien neutre et parfaitement pur, j'ai vu, dis-je, qu'en faisant bouillir cette liqueur il y avait dégagement continuel d'acide carbonique; et que, si l'on maintenait l'ébullition jusqu'à ce qu'elle puisse acquérir par la concentration de 120 à 122°, alors il se formait presque instantanément un dépôt grenu un peu jaunâtre, et qui devenait si abondant, qu'il y aurait danger, en raison des soubresauts, à continuer l'ébullition. Ce dépôt, recueilli sur un filtre, lavé à l'acide muriatique, et bien égoutté, puis arrosé successivement avec de petites quantités d'alcool à 40°, est ensuite mis à sécher entre des doubles de papier joseph fréquemment renouvelés, pour bien enlever tout l'hydrochlorate de chaux qui pourrait rester. Ce dépôt, ainsi isolé et dépouillé de toutes matières étrangères, est ensuite séché à une température de 25 à 30°; on peut alors le laisser exposé à l'air sans qu'il éprouve aucun dommage. Examiné de près, ou, mieux encore, vu à la loupe, on reconnaît que ce dépôt est formé de petites polyèdres transparens, mais irréguliers, et l'on conçoit que, dans une création aussi prompte et pour ainsi dire aussi tumultueuse, les molécules n'ont pas pu s'arranger bien symétriquement. Cependant on y distingue quelques facettes. Ces petits cristaux rougissent très-sensiblement le tournesol lorsqu'ils ont été humectés; leur saveur rappelle celle du muriate de chaux; mais on y distingue l'arrière-goût comme sucré de l'acide gallique. Lorsqu'ils ont séjourné pendant quelques instans sur un papier un peu humide, chaque point de contact, qui d'abord ne s'aperçoit pas, forme avec le temps un etache d'un beau noir qui ne s'en va plus. Ces cristaux, une fois séchés à 25 ou 30°, n'éprouvent plus aucune perte quand on les soumet à une température de 130 ou 120.

» Je m'étais d'abord imaginé, en me fondant sur le dégagement d'acide carbonique, que ce dépôt pouvait contenir de l'acide pyrogallique, ou peut-être encore de l'acide ellagique en raison de l'aptitude du muriate de chaux à s'emparer de l'eau, et de l'insolubilité apparente du dépôt; mais j'ai été immédiatement détrompé par les premiers essais que j'ai pu faire: en effet, lorsqu'on met de l'eau sur ces cristaux, on les voit perdre leur transparence, se déliter en quelque sorte, et s'hydrater en ajoutant assez d'eau froide pour en faire une bouillie claire. On en sépare, par le filtre, une solution concentrée d'hydrochlorate de chaux, contenant quelques traces d'acide gallique, et il reste sur le filtre de l'acide gallique, qui, après avoir été bien comprimé entre des papiers sans colle, donne pour résidu de la combustion de 4 à 5 pour 100 de chaux, qu'on peut enlever en faisant dissoudre et cristalliser cet acide. Si l'on élève la température de l'eau employée au traitement de ces cristaux, ils se dissolvent entièrement, et l'on obtient par refroidissement de longues aiguilles d'acide gallique. Ce résultat ne prouverait pas, à la rigueur, qu'il n'y a pas d'acide ellagique, puisque M. Pelouze dit être parvenu une fois à le réhabiliter, par simple voie de solution, en acide gallique; mais l'expérience suivante va achever de démontrer que ce dépôt ne contient ni acide ellagique ni acide pyrogallique, et je remarquai, relativement à ce dernier, qu'il n'aurait pas pu se régénérer, par le seul concours de l'eau, en acide gallique, dont il diffère par un atome d'acide carbonique. Si l'on chauffe à feu nu, mais avec précaution, ce nouveau composé, dans une cornue de verre, on recueille d'abord un liquide incolore, mais très-acide, puis il apparaît des vapeurs d'un beau rouge rosé, qui se condensent en un liquide transparent, et viennent ensuite d'autres vapeurs qui se concrètent et se cristallisent; tant qu'il y a production de vapeurs rouges, il se dégage de l'acide carbonique. Si maintenant on examine le produit de cette distillation sèche, on trouve qu'il contient une assez grande quantité d'acide hydrochlorique libre, une matière colorante rouge très-fugace, qui, sous l'influence des acides, teint en rose les tissus de coton non mordancés, et en lilas lorsqu'on les mordance avec des corps basiques, et enfin, de l'acide pyrogallique qu'on peut obtenir presque incolore en étendant le produit d'eau, et y maintenant pendant quelques instans un flocon de coton pour s'emparer de la matière colorante. Il suffit ensuite d'exprimer ce coton, de filtrer et d'évaporer pour obtenir par refroidissement l'acide pyrogallique. Pour pouvoir mieux apprécier les modifications qu'éprouve ce nouveau composé par la distillation sèche, il faut savoir encore que le résidu est composé, lorsque la chaleur a été très-intense (1), de charbon et d'un sous-chlorure de calcium, car en dissolvant dans l'eau on obtient, comme avec le résidu de l'opération, de l'ammoniaque lorsqu'il a été poussé jusqu'à la fusion; on obtient, dis-je, un hydrochlorate basique, dont la solution, exposée à l'air, forme pellicule, comme le ferait de l'eau de chaux.

» Cela posé, rappelons-nous que le produit nouveau, dont il est ici question, ne perd point d'eau par son séjour dans une étuve chauffée à 100°; qu'il n'attire pas l'humidité de l'air; qu'il rougit le tournesol lorsqu'on l'humecte; qu'il est cristallin, et par conséquent qu'il réunit tous les caractères d'une combinaison parfaite, et qui, selon toute apparence, ne peut être considérée que comme formée par la réunion de l'acide gallique

(1) Si l'on ménage assez la température pour ne pas faire rougir la cornue et cesser l'action lorsqu'il ne se dégage plus de vapeurs rouges, le résidu est gris cendré, et conserve son brillant cristallin. Je ne l'ai point encore examiné dans cet état.

anhydre avec le chlorure de calcium, ou, si l'on veut, un gallate acide de chlorure de calcium, dans lequel celui-ci ferait fonction de base. Nous allons voir qu'en partant de ces données, on peut facilement se rendre compte de tous les faits observés. Nous avons déjà dit qu'il suffirait de rendre de l'eau à ce produit pour régénérer l'acide gallique et l'hydrochlorate de chaux qui ont concouru à sa formation, et l'on conçoit que, par la distillation sèche, l'acide gallique se décompose de manière à fournir, comme nous l'a enseigné M. Pelouse, des acides carbonique, pyrogallique et métagallique; que ce dernier, en réagissant sur le chlorure par son hydrogène, produit de l'acide hydrochlorique qui se dégage, et que par contre du charbon soit mis à nu, et qu'il y ait production de matière colorante, et enfin que du calcium se trouve en excès par suite de la soustraction d'une partie de chlore. Cette explication est si simple et si concordante avec les faits, qu'elle sera, je pense, admise par tout le monde. Aussi il demeure bien constaté que l'acide gallique desséché et le chlorure de calcium peuvent se combiner ensemble, et qu'ils ont dans cet état anhydre une telle affinité l'un pour l'autre, qu'ils se séparent au milieu d'un liquide qui contient encore assez d'eau pour retenir en solution, même à froid, tout l'hydrochlorate de chaux restant, car elle est assez peu concentrée pour ne pas cristalliser par refroidissement. Ainsi, c'est bien par affinité réciproque et non pas faute d'eau que ces deux corps s'unissent. Je donnerai, dans le mémoire que je me propose de publier prochainement, tous les détails relatifs à la production et à la composition de ces corps, dont je n'ai voulu aujourd'hui que constater l'existence. »

Recherches sur les chlorures et oxides de mercure; par Robert Kane.

L'action de l'ammoniaque sur le sublimé corrosif a depuis longtemps été observée; plusieurs faits ont été indiqués, et tous les chimistes qui l'ont étudiée ont obtenu des résultats différens quant à la composition, et chacun a proposé son hypothèse. Il devenait donc nécessaire d'examiner cette réaction plus complétement, afin d'en tirer une conclusion définitive.

L'ammoniaque agit sur le sublimé de deux manières. Grouvelle et Rose ont examiné la réaction du gaz sur le sublimé sec, et les mémoires de Fourcroy, Hennell, Guibourg, Soubeiran et Mitcherlich, sur sa réaction à l'état liquide, prouvent l'importance que ces chimistes y ont attachée. L'ammoniaque liquide versée dans une solution de sublimé y produit un précipité laiteux, se déposant lentement, et ressemblant à de l'alumine récemment précipitée.

Si ce précipité est obtenu à chaud, ou qu'on le lave bien, il prend une teinte jaune. Soumis au contraire à l'ébullition dans sa liqueur, il en résulte une poudre d'un jaune serin, très-pesante et grenue.

Ce précipité blanc est entièrement insoluble dans l'eau. Sa solution apparente est le résultat de sa décomposition, ou de ce que l'un ou l'autre de ses élémens entre dans de nouvelles combinaisons.

Chauffé dans un tube de verre fermé à une extrémité, il se dégage un mélange d'ammoniaque et d'azote en se décomposant au-dessous de la chaleur rouge, et il se sublime du calomel, noirci ordinairement par un peu d'ammoniaque, dont on peut facilement le débarrasser. Le précipité blanc se dissout bien dans l'acide nitrique ou muriatique. Mêlé avec de la potasse, soude, chaux ou baryte, il se dégage de l'ammoniaque, la masse devient jaunâtre, mais la décomposition n'est jamais complète.

Nous indiquerons plus tard la nature de ces produits; mais il est à remarquer que jamais un alcali ne dégage même en excès, tout l'ammoniaque.

L'iodure de potassium produit un précipité rouge de deutoiodure de mercure, tout l'ammoniaque se dégage, et la liqueur tient en solution de la potasse caustique. Le sulfure de barium agit de même, et le mercure se dépose à l'état de bisulfure.

Afin d'obtenir un précipité d'une pureté parfaite, il est nécessaire de prendre quelques précautions. Une solution froide de deutochlorure de mercure doit être traitée par un léger excès d'ammoniaque, le tout est alors jeté sur un filtre, et bien égoutté avant d'être lavé. On peut alors le laver avec une quantité d'eau suffisante pour déplacer la liqueur première, mais cela avec grand soin, car l'eau froide en décompose quelques portions, et le précipité perd sa couleur laiteuse. Ayant ainsi obtenu un précipité que je regardai comme pur, j'en fis l'analyse, considérant que les chimistes qui ont étudié ce corps ont tous trouvé une composition différente à ce précipité. Je répétai plusieurs fois mon analyse, afin d'en tirer un terme moyen; et, en outre, je changeai mon mode d'analyse, 1° lorsqu'on précipite une solution de sublimé par l'ammoniaque, le mercure est contenu dans le précipité et une portion de chlore reste en solution à l'état de sel ammoniac. Cent grains de sublimé furent dissous dans de l'eau froide; on décomposa la solution par un léger excès d'ammoniaque, et le précipité fut recueilli et lavé sur un filtre taré à l'avance. Le précipité fut séché et pesé avec soin, et la liqueur ajoutée aux lavages fut acidulée par de l'acide nitrique et précipitée par du nitrate d'argent; le chlorure obtenu fut recueilli sur un filtre taré; et sa quantité fut déterminée.

Cette analyse a donné les résultats suivans :

Expérience.	Précipité.	Chlore dans la liqueur.
1er	91,3	12,6
2e	92,4	13,3
3e	92,9	13,15
4e	95.4	12,7
5e	93,4	12,95
Termes moyens.	93,1	13,00

100 grains de sublimé sont représentés par, mercure

74,09, chlore 25,91. La quantité de chlore contenue dans la liqueur était donc moitié moins que celle contenue dans le sublimé; donc, dans 93,1 de précipité blanc nous avons. mercure 74,09 + chlore 12,91.

2° Le précipité blanc, lorsqu'on le chauffe, donne des gaz, de l'eau et du calomel.

Voici l'expérience : on souffla une boule à l'extrémité d'un tube qui fut ensuite taré; on y introduisit ensuite du précipité blanc; l'appareil fut pesé de nouveau, et l'augmentation de poids indiqua la quantité de précipité. On chauffa de manière à sublimer sans perte le calomel, tout en chassant l'eau qui aurait pu se condenser sur les parois du tube. Le calomel était noir, mais l'appareil étant refroidi au contact de l'air, et le calomel étant chauffé de nouveau, il devint parfaitement blanc.

L'appareil fut pesé de nouveau, et la perte en poids donna la quantité de gaz, l'excédant de la tare du tube donna le poids du calomel, qui nous indique la quantité de mercure et de chlore.

N° des expériences.	Matières employées.	Calomel.	*Id.* pour 100.
I.	20.42	18,95	92.80
II.	19.42	18,07	92,53
III.	12,14	11,28	92.91
IV.	14,71	13,79	93,68

Ces résultats nous donnent pour cent de précipité, terme moyen, 92,98 de calomel ou (Hg 79,14, Ch 13,84).

3° Le calomel, traité par les agens chimiques pour en obtenir le mercure, en donna dans une première expérience 77,3 pour cent de précipité; dans une seconde, 78,1, ce qui fait 77,7 pour cent, terme moyen.

4° 105,40 de précipité blanc, dissous dans l'acide muriatique, et traitée par l'hydrogène sulfuré, donna un précipité noir qui fut bien lavé et déposé sur un filtre pesé. Les eaux de lavages furent, ainsi que la liqueur, évaporées à siccité, et le résidu pesé. On obtint 95,23 de bisulfure de mercure, ou mercure 82,17, soufre 13,06; et 23,57 de sel ammoniac ou acide muriatique 16,04, ammoniaque 7,55; ou mieux mercure 77,96 × ammoniaque 7,16.

5° 100 grains de précipité blanc furent introduits dans une fiole munie d'un tube recourbé. On versa dans la fiole une solution de sulfure de barium. Le tube plongeait dans une éprouvette contenant de l'acide muriatique étendu d'eau. La chaleur dégagea de l'ammoniaque et de l'eau; le liquide de l'éprouvette fut alors évaporé à siccité. Il resta 21,57 gr. de sel ammoniac ou acide chlorydrique 14,85, ammoniaque 6,72. L'iodure de potassium employé de la même manière donna pour 100 grains 19,83 de sel ammoniac.

6° On a regardé le précipité blanc comme composé d'une quantité d'oxygène suffisante pour suroxider tout le mercure. Jusqu'à présent mes résultats ne me donnent point cette conclusion. En effet, chauffé dans un tube il ne donne pas d'oxygène; cet oxygène formerait donc de l'eau aux dépens de l'ammoniac. Pour m'en assurer, je recueillis l'eau, pour déterminer d'après le poids de l'eau, la quantité d'oxygène contenue dans le précipité blanc. Dans une petite cornue bien tarée, à laquelle était adaptée un tube contenant tantôt de la potasse caustique fondue, tantôt de la chaux non éteinte; et, communiquant à l'aide d'un petit tube avec la cuve à mercure, j'introduisis du précipité blanc, la cornue fut de nouveau pesée aussi bien que le tube servant à dessécher. On chauffa la cornue jusqu'à sublimation du calomel. L'eau fut tout absorbée par le tube, et l'azote et l'ammoniaque recueillis sous une cloche. Dans ma première expérience, j'obtins 0.22 d'eau pour 22.21 de précipité, deuxième expérience sur 20,47 de précipité, 0,14 d'eau. Le mélange de gaz, réduit à la température et à la pression voulue, était de 4,24 pouces cubiques, dont 2,67 furent absorbés par l'eau, et il y avait à déduire de ce qui restait 0,23 pour l'air de l'appareil; donc il restait 1,34 pour cent, ou en poids

Ammoniaque.	0,488gr.
Azote.	0,404

Voici le résultat des quantités d'eau que j'ai obtenues dans deux autres expériences :

	Précipité.	Eau.	Eau pour 100.
Expérience 3e.	12,14	00,8	0,658
Expérience 4e.	19,42	»	»

Ce qui nous donne terme moyen 0,583 pour cent d'eau, mais probablement une portion provient de son humidité hygrométrique ou de son imparfaite dessiccation.

Le terme moyen de tous mes modes d'analyse est donc, quant à la composition du précipité, de

Mercure.	78,60
Chlore.	13,85
Ammoniaque.	6,77
Eau.	0,58
Perte.	0,20
	100,00

La composition du précipité blanc est admise par les chimistes comme étant formée d'un atome de peroxide de mercure, et d'un atome de sel ammoniac (1). La grande différence dans la quantité de mercure nous prouve évidemment la fausseté de cette théorie; et en outre mes recherches ont assez prouvé qu'une quantité aussi grande d'oxygène ne pouvait pas y exister.

De la poudre formée par l'action de l'eau sur le précipité blanc.

On s'accorde à dire que l'action de l'eau bouillante

(1) Il ne faut pas confondre le précipité blanc dont il est ici question avec le *précipité blanc* du Codex de Paris, ce dernier est le protochlorure de mercure.

(*N. du Rédacteur*).

décompose entièrement le précipité blanc en bioxide de mercure ; cette expérience ne m'a pas réussi, au contraire, bouilli dans l'eau il devint d'un jaune serin, grenu. et facile à sécher. Cette poudre n'est pas entièrement insoluble dans l'eau ; chauffée, elle donne de l'azote, de l'ammoniaque, de l'eau, et il se sublime un mélange de calomel et de mercure métallique. Elle se dissout bien dans les acides nitrique ou muriatique. Les alcalis en altèrent seulement la couleur ; traitée par l'iodure de potassium, il se dégage de l'ammoniaque, et il se forme une poudre brune.

Le précipité de 100 parties de sublimé étant ainsi traité et bouilli, le précipité, devenu jaune, fut recueilli sur un filtre, et la liqueur et les lavages traités et précipités par le nitrate d'argent.

Voici le terme moyen de plusieurs expériences.

Poudre jaune 83,83, chlore dans la liqueur 18,89.

Nous voyons donc que trois parties du chlore du sublimé seraient dans la liqueur, et la quatrième et tout le mercure dans la poudre jaune

Lorsque du précipité blanc déjà préparé est bouilli dans l'eau, on obtient une poudre jaune, et la liqueur surnageant ne contient que du sel ammoniac. Cette réaction nous donnera la composition de la poudre jaune. Le chlore du sel ammoniac fut précipité par le nitrate d'argent, et son poids fut déterminé. Quatre expériences de ce genre donnèrent cette composition à la poudre jaune, mercure 78, 60, chlore 7,56.

100 grains de précipité blanc bouillis dans l'eau donnèrent 91, 15 de poudre jaune, et la liqueur évaporée à siccité donna 10,23 de sel ammoniac.

Action des alcalis en excès sur le précipité blanc.

Grouvelle et d'autres chimistes disent qu'un excès d'alcali volatil dans une solution de sublimé produit l'ammoniure de mercure, découvert par Fourcroy et examiné par Guibourt.

Dumas dit aussi qu'en traitant le précipité produit par l'ammoniaque, par la potasse caustique, on obtient cet ammoniure. Comme mes résultats furent les mêmes que ceux décrits dans le mémoire de Rose, je me bornerai à donner la composition de cet ammoniure. En effet, MM. Rose et Grouvelle ont bien démontré que du gaz ammoniac passant à travers du sublimé fondu, était absorbé et qu'il se formait une masse blanche, dont voici la composition :

$$4\,(2\,\mathrm{Ch.} + \mathrm{Hg}) + 4\,\mathrm{NH}^3.$$

Action de l'ammoniaque liquide sur le calomel.

M. Hennel dit que le calomel décomposé par l'ammoniaque donne une poudre noire composée de 96 de mercure de 4 d'oxigène.

Mes résultats sont différens.

Chauffé dans un tube, la poudre noire donna des traces d'eau, de l'azote, de l'ammoniaque et un mélange de calomel et de mercure métallique, 148, 15 grains de calomel bouillis avec excès d'ammoniaque donnèrent 141,92 grains de poudre noire, et la liqueur, acidulée et traitée par le nitrate d'argent, donna un chlorure qui, étant sec, pesait 44.44 gr.

Une autre expérience fut faite, et voici le terme moyen des deux : le calomel étant un composé de Hg 85 117 + Ch 14.883 pour cent parties, nous aurons pour la composition de la poudre noire :

Mercure.	88.91
Chlore	7,95
Autres matières	3,14
	100,00

J'employai le moyen suivant pour connaître la quantité d'ammoniaque, 66,43 grains mis dans une fiole munie du tube recourbé furent mis en contact avec l'iodure de potassium.

La fiole fut chauffée et le tube plongé dans de l'acide muriatique faible. Tout l'ammoniaque fut dégagé, et le liquide, évaporé à siccité, donna 6,96 grains de sel ammoniac, ou 3,36 pour 100 de poudre noire. En voici donc la composition :

Mercure.	88,33
Chlore.	7,95
Ammoniaque	3,36
Perte.	0,36

Action de l'ammoniaque sur le peroxide de mercure.

Pour préparer l'ammoniaque de mercure, je précipitai une solution de sublimé par la potasse caustique. Le précipité bien lavé fut mis en digestion pendant plusieurs jours dans une fiole contenant de l'ammoniaque. Sa couleur devint moins foncée, mais jamais blanche. J'en préparai aussi en faisant bouillir le précipité dans l'ammoniaque jusqu'à ce qu'il cessa de se décolorer. La chaleur aidait beaucoup la réaction. J'employai indifféremment ces produits pour l'analyse, mais jamais mélangés. Cet ammoniure chauffé donna de l'ammoniaque, de l'eau, et devint rouge comme du bioxide ; mais refroidi il perd cette couleur et est évidemment de l'ammoniure non altéré. Cette réaction ne consiste pas dans la séparation de l'ammoniure en bioxide et en ammoniaque ; car depuis le commencement jusqu'à la fin il se dégage de l'eau, de l'ammoniaque, de l'azote, de l'oxigène et du mercure métallique.

Jeté sur un charbon ardent il détonne faiblement, beaucoup moins que l'or fulminant : il se dissout bien dans l'acide nitrique ou muriatique.

72,07 grains furent dissous dans l'acide muriatique. La liqueur étendue d'eau donna par le traitement de l'hydrogène sulfuré 70,08 de sulfure.

Les liqueurs évaporées donnèrent 9,21 grains de chlorhydrate d'ammoniaque ; donc supposons que le mercure y existe à l'état de bi-oxide, nous aurons pour 100 parties :

Mercure.	83,90
Oxygène.	6,63
Ammoniaque.	4.07
Eau et perte.	5,40

Convaincu que cette eau n'était pas une erreur, mais qu'elle entrait dans la composition, j'en décomposai 12,38 grains dans une petite cornue, munie d'un tube contenant de la potasse caustique, à l'effet d'absorber l'eau. Après l'opération le tube avait augmenté en poids de 0,67 ; et le mercure sublimé dans le col de la cornue était de 10,35. Nous avons donc pour résultat sur 100 grains :

83.62 mercure,
5,39 eau,
19,99 pertes et gaz.

Les gaz sont de l'oxigène et de l'ammoniaque, ce premier étant à l'état de bi-oxide de mercure, ce qui fait :

Mercure.	83,62
Oxygène.	6,60
Ammoniaque.	4.30
Eau.	5,39

Encyclographie

DES

SCIENCES MÉDICALES.

REPRODUCTION EN LANGUE FRANÇAISE DES OUVRAGES PÉRIODIQUES PUBLIÉS EN ANGLETERRE, EN ALLEMAGNE ET EN ITALIE SUR CES SCIENCES;

SAVOIR :

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW, BY JAMES JOHNSON;
MEDICAL QUARTERLY REVIEW;
DUBLIN JOURNAL;
LONDON MEDICAL GAZETTE;
LONDON MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL;
THE LANCET;
EDIMBURGH MEDICAL AND SURGICAL JOURNAL;
MEDICO-CHIRURGICAL TRANSACTIONS;
JOURNAL FUER CHIRURGIE UND AUGENHEILKUNDE, VON GRAEFE UND WALTHER;
JOURNAL DER PRACTISCHEN HEILKUNDE, VON HUFELAND UND OSANN;
WISSENSCHAFTLICHE ANNALEN DER HEILKUNDE, VON HECKER;
PREUSSISCHE MEDICINISCHE ZEITUNG;
FRORIEP'S NOTIZEN AUS DEM GEBIETE DER NATUR UND HEILKUNDE;
HEIDELBERGER MEDICINISCHE ANNALEN;
CLARUS UND RADIUS, BEITRAEGE, ETC.;
WUERTEMBERG'SCHES MEDICINISCHES CORRESPONDENZ-BLATT;
MUELLER'S ARCHIV FUER ANATOMIE, PHYSIOLOGIE, ETC.
ZEITSCHRIFT FUER GEBURTSKUNDE;
CASPER'S WOCHENSCHRIFT;
OMODEI, ANNALI UNIVERSALI.

BRUXELLES,
ÉTABLISSEMENT ENCYCLOGRAPHIQUE, FAUBOURG DE FLANDRE.
1836.

HOPITAL DU NORD DE LONDRES.

Emploi du seigle ergoté.

Marguerite B....., âgée de 40 ans, fut admise le 22 juillet à la clinique du docteur Elliotson; mariée et mère de seize enfans, elle s'est toujours bien porté jusqu'à peu près il y a dix-huit mois; vers cette époque elle a éprouvé des accès hystériques après avoir fait un travail violent. Elle est maintenant sujette à des hémorrhagies vaginales depuis à peu près 7 mois, époque à laquelle ses menstrues parurent. Un liquide aqueux est sécrété de temps en temps, elle perd quelquefois un demi-pot à la fois de ce liquide, qui est bientôt suivi d'une masse charnue noirâtre ressemblant beaucoup au parenchyme du foie; lorsqu'elle est délivrée de cette masse elle ressent des douleurs semblables à celles de l'enfantement. Cet écoulement de liquide clair et de caillots est revenu à chaque époque ordinaire de la menstruation, et continue même pendant une quinzaine de jours et quelquefois plus; elle se trouve maintenant sans forces, elle se plaint beaucoup d'un sentiment de douleur et d'oppression de la poitrine, mais il n'y a pas de sensibilité extérieure qui puisse indiquer l'endroit précis où siége le mal; la face et la peau sont décolorées, la langue est blanche; la malade peut faire facilement une large inspiration. Elle éprouve un sentiment de pesanteur vers l'épigastre et de difficulté à respirer lorsqu'elle essaye de se mouvoir. Les moindres causes excitent des palpitations du cœur. Selles régulières, pouls donnant 90 pulsations, et présentant un développement assez grand. On entend un son rauque extraordinaire à chaque systole du cœur et vers le centre de la troisième pièce du sternum. On examine le vagin et le col de la matrice, mais rien ne s'y fait remarquer.

23 juillet. On ordonna, afin de soutenir les forces de la malade et de la tirer de cet état anémique, un scrupule de seigle ergoté à prendre toutes les quatre heures, et un scrupule de la teinture de muriate de fer trois fois le jour.

25. L'écoulement qui avait reparu fut combattu par deux doses de la poudre susdite.

26. Il y a eu ce matin un écoulement léger après un accès de toux. Hier pas de perte. On ordonne que la dose du seigle ergoté soit diminuée, elle sera de 15 grains, parce qu'il paraît que les poudres ont donné des nausées. La préparation de fer sera donnée jusqu'à un demi-drachme.

9 août. Plus de pertes, mieux sous tous les rapports. Renvoyée aujourd'hui avec des médicamens pour 15 jours.

Goutte. — Un peintre, âgé de 59 ans, était dernièrement à l'hôpital; cet homme avait toujours été sobre, il y avait vingt-cinq ans qu'il avait éprouvé un accès de goutte, et jamais depuis cette époque il n'avait ressenti le moindre symptôme du mal qui l'avait forcé à venir nous demander des soins. Cette attaque de goutte fut dissipée en quinze jours. Le malade fut rétabli par des toniques. Le docteur Elliotson ne remarquait que de la faiblesse. Le père de cet homme avait été goutteux.

Le docteur Elliotson fit mention d'un cas pareil: un gentilhomme avait, à l'âge de 30 ans, éprouvé une attaque de goutte qui l'avait fait beaucoup souffrir, et il n'avait jamais éprouvé de nouvelle attaque quoiqu'il fut parvenu à l'âge de 77 ans.

Hydriodate de potasse dans le rhumatisme.

Ire Obs. — Anne Gillis, âgée de 39 ans, fut admise le 26 juillet à la clinique du docteur Elliotson. Elle est blanchisseuse; sa santé avait été auparavant bonne, et elle n'avait été sujette à des rhumatismes que l'hiver dernier; depuis quatre à cinq mois elle avait souffert dans les reins, et surtout dans l'articulation de la hanche et de la cuisse; la douleur et la raideur étaient très-fortes le matin. Depuis sept semaines les douleurs étaient augmentées de telle sorte qu'elle fut forcée de se mettre au lit. A cette époque elle fut consulter un médecin qui la saigna et appliqua un vésicatoire sur la hanche droite. Vendredi dernier il lui fit appliquer un autre vésicatoire sur les reins, ce qui lui procura beaucoup de soulagement; elle avait pris une mixture avec le colchique. Les symptômes qui se présentent en ce moment sont les suivans :

Douleurs de reins diminuées depuis quelques jours; les douleurs se font sentir, le long du nerf sciatique, et il y a de la sensibilité vers la hanche droite. La chaleur était très-élevée les premiers jours, elle est diminuée de beaucoup. La chaleur diminue le mal, et il est augmenté dans les mouvemens des membres; la malade est mieux à son aise lorsqu'elle se couche sur le côté malade. Sa profession de blanchisseuse l'expose souvent à des courans d'air; dans des temps chauds, les selles sont arrêtées: langue saine; pouls donnant 76 pulsations; menstruation régulière; peau moite. On lui prescrit une infusion de feuilles de séné, et trois grains et demi d'hydriodate de potasse dans une mixture de camphre, à prendre en trois fois dans la journée.

Le 28 juillet. Même état. Le 30, l'hydriodate de potasse est donné jusqu'à 7 grains et demi. 31, douleurs à la hanche diminuées. Le 2 août, hydriodate de potasse, 11 grains. 16 août, beaucoup mieux. 17. Renvoyée guérie avec une potion à continuer pendant 15 jours.

IIe Obs. — Le 26 juillet, John Williamson, âgé de 35 ans, fut admis à la clinique; c'est un tisserand d'é-

toffes de soie, il est sobre et souffre de rhumatismes depuis 18 mois; il a déjà été traité dans un hôpital de la Métropole, mais sa santé n'a point gagné par le traitement. Il se plaint beaucoup de douleurs qui s'étendent du vertex le long de la moelle épinière jusqu'aux reins.

Il ressentait également des douleurs le long du nerf sciatique à sa sortie du bassin. Les douleurs s'apaisent par la chaleur; il a toujours froid; langue blanche; soif intense. On lui ordonne trois grains d'hydriodate de potasse à prendre trois fois dans la journée, et une goutte de créosote pour lui enlever ses frissons : il en prend trois fois par jour. Un bain chaud tous les jours. 29 du même mois, mieux, douleurs et sensibilité diminuées. 30, créosote 2 grains, hydriodate de potasse cinq grains. Le 2 août, mieux, augmentation de la créosote à trois gouttes, hydriodate de potasse 6 grains; un abcès qui s'était formé sous la joue fut ouvert; des portions d'os tombèrent de la joue il y a quelques jours. 3 août, mieux, mais le malade accuse des souffrances dans le dos s'étendant jusqu'à la tête. Il peut maintenant se réchauffer lui-même, repose mieux. Potion purgative. 4, douleurs dans le côté et derrière la tête; nuit mauvaise. 8 grains d'hydriodate de potasse. 5, mieux complet. Renvoyé guéri le 16.

Tumeur anomale de l'abdomen.

Marguerite Leary, Irlandaise, âgée de 36 ans, d'une constitution faible, teint pâle et jaune, fut admise le 26 juillet à la clinique de l'hôpital. Elle est mariée, a eu trois enfans et a fait une fausse couche, qui eut lieu il y a trois ans à la suite d'une chute sur un escalier, dans lequel elle se blessa profondément à la région iliaque gauche. Avant l'avortement, elle pouvait sentir une petite tumeur dans cette même partie, mais elle ne s'apercevait pas du tout de son accroissement, bien qu'elle l'observât depuis longtemps; ce n'est qu'après sa fausse couche qu'elle pût constater que cette tumeur augmentait de volume. Depuis cette époque l'accroissement se fit très-rapidement pendant l'espace de deux ans jusqu'au point où elle est arrivée au moment où la femme se présente à notre observation. La tumeur ayant cessé de s'accroître, elle ressentit des douleurs dans l'abdomen entier, augmentant par la pression, et accompagnées de symptômes fébriles; elle a été réglée ordinairement depuis l'avortement. Sa santé a souffert depuis quelque temps; il y a à peu près trois semaines qu'elle a souffert de l'estomac et dans les aînes: ces douleurs étaient suivies d'une prostation de forces considérable et de sueurs froides; il y avait douleur dans les côtes, le dos et plusieurs autres endroits, douleur qui continua jusqu'au jour suivant, lorsque les règles firent leur apparition. Elle s'enrhuma, dit-elle, et elle suppose que la menstruation fut arrêtée des suites du rhume; il y avait deux mois que les règles étaient supprimées; l'abdomen s'accroissait graduellement en volume et se durcissait.

A son admission à la clinique la tumeur fut trouvée être située dans la région iliaque et lombaire gauche, s'étendant en travers de l'abdomen; elle est très-large et donne le toucher d'une tumeur osseuse très-facile à déplacer; l'abdomen est très-tendu, contient une grande quantité de sérosité et est légèrement douloureux à la pression; douleur aiguë dans la région hypochondriaque droite; selles régulières, urine fortement colorée, épaisse, en quantité ordinaire, la malade se plaint de froid.

On ordonne l'application de 8 sangsues vers la partie douloureuse, ainsi qu'une potion apéritive et anodine. Les sangsues soulagèrent la malade.

Le 1er août, M. Liston fit la paracenthèse de l'abdomen et obtînt 13 pintes de sérosité. Boissons anodines, huile de ricin le lendemain matin.

2. Moins de douleurs dans l'abdomen, mal augmentant dans la région de la tumeur; la femmme est faible et demande souvent à boire; elle a reposé la nuit; les règles reparaissent; pouls donnant 90 pulsations; le ventre est un peu libre; selles présentant des matières fécales noires.

3. Mieux, point de douleurs dans l'abdomen, excepté dans la région où la paracenthèse a été pratiquée; pouls à 80 pulsations et mou; soif moins grande; parler plus facile; boissons anodines toute la nuit; potion laxative de feuilles de séné à prendre de suite.

4. Nuit mauvaise, la malade l'attribue à sa potion.

Quant au reste, elle va mieux. Depuis cette époque elle continue graduellement à mieux se porter jusqu'au 10. La sérosité est encore sécrétée, car l'ouverture faite à l'abdomen en laisse encore échapper, l'abdomen n'en est cependant pas augmenté.

℞.	Iodinæ	℈j.
	Hydriodat potassæ.	ʒiij.
	Aquæ.	℥jss.
	Fiat haustus ter die sumeid.	
℞.	Plumb. Iodat.	ʒij.
	Adeps	℥ij.
	Unguentum.	ʒj.
Fiat	App. abdominis bis die.	

Elle continua ces médications jusqu'au 15 du mois, et fut obligée de quitter l'hospice à cause des soins qu'elle devait aller donner à un de ses enfans.

(*Août* 1836).

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

Observations sur une maladie de reins, accompagnée de sécrétion d'urine albumineuse (Compte rendu de l'hôpital de Guy, à Londres); par le docteur Bright.

L'importance médicale du sujet, ainsi que le mérite de l'auteur nous ont engagé à consacrer un article spécial à l'examen de cette partie du rapport de l'hôpital de Guy. Il traite d'une maladie que l'on ne trouve point décrite dans les auteurs et il serait difficile de savoir, à notre avis, si cela tient à ce que l'affection, dont nous allons décrire les symptômes, est devenue plus fréquente dans ces derniers temps ou bien à ce que les médecins l'ont mieux reconnue et découverte; toujours est-il que nous considérons l'espèce de maladie appelée vulgairement *dégénération blanche*, *granulations*, etc., comme devenant beaucoup plus fréquente et conséquemment mieux connue tant pour ses symptomes que pour son traitement. Le docteur Bright qui a donné une attention toute particulière à ces maladies dangereuses, assure que depuis 12 ans qu'il s'en occupe, plus de 500 personnes périssent annuellement à Londres des suites de maladies de reins jusqu'ici mal appréciées, et que le résultat en est d'autant plus fatal que leur germe s'est implanté de bonne heure dans l'organisme, en même temps que de longs intervalles d'apparence de santé ont trompé les malades sur leur état.

Les maladies aiguës, la scarlatine par exemple, l'hématurie, l'intempérance sont souvent les causes premières d'une maladie de reins, et nous avons remarqué que les moyens thérapeutiques avaient été inutiles, surtout lorsque la cause prenait son origine dans l'intempérance, dans le jeune âge. L'histoire de la maladie et ses symptômes sont retracés dans les lignes suivantes du rapport.

« Un enfant, ou un adulte est affecté de scarlatine ou de quelque autre maladie aiguë; ou bien ce dernier s'est adonné à l'usage immodéré de liqueurs fortes pendant plusieurs mois ou plusieurs années; il s'est soumis habituellement ou accidentellement à des causes de refroidissement et de suppression subite de perspiration cutanée; il trouve la sécrétion de son urine augmentée ou légèrement teinte de sang, ou bien, sans faire aucune de ces remarques, le matin il se réveille, la face, les chevilles gonflées, et les mains œdémateuses. Si, dans cet état, il arrive qu'il s'adresse à un médecin qui connaît la cause et la nature du mal, on note alors, que l'urine contient déjà une quantité notable d'albumine. Le pouls est dur et plein, la peau sèche, le malade se plaint de maux de tête, il éprouve un sentiment de pesanteur et de gêne à la région lombaire. Les symptômes les plus alarmans pour le malade et les plus superficiels disparaissent souvent après un traitement plus ou moins actif, quelquefois même ils disparaissent d'eux-mêmes sans médication; alors on ne remarque plus ce gonflement de la face et des membres, au moins il n'est plus aussi remarquable; l'urine reprend ses apparences ordinaires et ne paraît plus contenir de particules rougeâtres, et suivant l'espèce d'importance attachée à ces symptômes, on les perd graduellement de vue ou même on les oublie tout à fait.

» Néanmoins, de temps à autre, la face est bouffie, la peau est sèche, les maux de tête reparaissent avec assez de fréquence, et le sommeil est interrompu par de fréquentes envies d'uriner. Quelque temps après les couleurs qui annonçaient la santé se ternissent et donnent à la figure cet air de pâleur et de souffrance que le médecin observateur attribue à une cause profondément enracinée dans l'organisme; le sentiment de faiblesse et de souffrance des reins ne fait qu'augmenter. Les maux de tête, souvent accompagnés de douleur à l'estomac et de vomissemens dérangent encore l'économie et augmentent le malaise général; enfin un sentiment de lassitude, d'abattement et de langueur s'empare du corps et abat le moral. Le malade a de nouveau recours au médecin. Dans le cas où la maladie est reconnue, l'urine est soumise à une analyse minutieuse; alors presque chaque essai démontre une quantité considérable d'albumine, ainsi qu'une diminution d'urée. Si l'on saigne dans l'espoir de diminuer l'oppression générale, le sang est couenneux, ou le sérum est laiteux et opaque, et la haute analyse a fait voir que l'albumine y avait diminué de proportion, tandis que l'urée y a été trouvée en quantité notable. Dans le cas où la maladie est méconnue, le praticien s'occupe du foie, de l'estomac, du cerveau, sans jamais arriver au véritable siége du mal. L'œdème varie, il augmente, li diminue; le moral est tantôt relevé tantôt abattu, les sécrétions de la peau ou des reins sont augmentées ou diminuées, souvent en raison inverse, souvent sans qu'il paraisse y avoir la moindre corrélation; le malade est de nouveau rendu à la santé, il reprend ses occupations, ou bien il arrive qu'il est quelquefois moins heureux; la bouffissure augmente, l'urine devient rare, les forces vitales semblent diminuer, les poumons deviennent œdémateux, et le malade descend au tombeau dans un état d'asphyxie où de coma. Il arrive encore qu'un épanchement séreux s'effectue subitement dans la glotte, s'oppose au passage de l'air et amène promptement la mort. Dans le cas où il aurait repris ses occupations, il est continuellement sujet au retour de son mal; enfin une péricardite violente, ou une péritonite des plus violentes l'enlève souvent en 48 heures. S'il échappe à ce danger, d'autres l'attendent encore, nous avons vu que les maux de tête ont augmenté, que l'estomac s'est dérangé; la vision est souvent attaquée, elle est moins dis-

tincte, l'ouïe est également diminuée : une attaque nerveuse se manifeste et il perd la vue subitement. Les attaques se répètent, et avant que la huitaine soit achevée, quelquefois même en un seul jour, la maladie l'a épuisé, et l'histoire de cette terrible affection se termine par la mort. »

L'on peut demander ici si le dérangement occasionné dans l'appareil rénal, se trouve toujours en corrélation avec l'espèce particulière d'urine secrétée? le docteur Bright dit qu'il le pense et qu'il a été conduit à cette conclusion par dix années d'expérience ; il y a cependant des exceptions. Les observations que nous allons rapporter mettront le lecteur à même d'apprécier la valeur de cette assertion.

« Ire Obs. — Un médecin, âgé de 42 ans, ayant toujours bien vécu quoiqu'il n'eût pas fait d'excès, vint consulter le docteur Bright, en 1832 ; il présentait le symptôme bien marqué d'une urine chargée d'albumine. Les chairs étaient molles et ses forces faiblissaient. Ses jambes étaient œdémateuses. Ces symptômes duraient depuis deux années et on l'avait traité comme atteint du diabètes. L'urine contenait beaucoup d'albumine; une décoction de *pylora umbellata* fut prescrite, et quelques jours après deux grains de salicine furent donnés trois fois par jour. Ce traitement lui fit du bien, et une diète appropriée acheva l'apparence d'une santé parfaite ; il partit pour l'Amérique qu'il avait habitée pendant plusieurs années ; à son retour en Angleterre, quelques symptômes se manifestèrent de nouveau. Ses jambes commencèrent à se gonfler au point qu'il fut forcé de porter continuellement des bandages ; ses mains gonflaient aussi quelquefois ; il dormait difficilement et se plaignait souvent de vertiges. Ses urines se coagulaient au moyen de la chaleur quoiqu'elles présentassent une odeur ordinaire ; du reste l'appétit est bon, la langue de couleur ordinaire ; pouls donnant 80 à 90 pulsations ; perspiration de la peau régulière ; les selles étaient entretenues par des pilules apéritives. Sa santé fut passable pendant quelque temps, cependant le moral était déprimé, le courage abattu, ses maux de tête le faisaient beaucoup souffrir. Il y avait toujours tendance à l'anasarque, et l'urine était toujours albumineuse.

A la fin de l'été de 1834, il résolut d'essayer, à tout événement, une nouvelle embarcation pour l'Amérique; l'idée du voyage semblait lui donner de nouvelles espérances, mais à la fin de novembre, étant à la chasse, il s'exposa beaucoup au froid, et fut atteint d'hémiplégie; trois semaines après il mourut d'une apoplexie, on était au 15 de décembre.

Dans ce cas le désordre organique qui fut cause de cette sécrétion d'urine albumineuse ne fut pas reconnu. Cependant son existence était facile à reconnaître pendant un espace de quatre années passées, tantôt en souffrant tantôt en jouissant d'intervalles assez longs d'une apparence de santé »

« IIe Obs. — Juillet 1835. Un médecin de campagne, âgé de 33 ans, vint consulter le docteur Bright. La face était pâle ; il assura s'être bien porté jusqu'à l'âge de 20 ans, époque à laquelle il fut atteint d'une dyspepsie qui ne fit qu'augmenter ; en 1826 il avait eu la scarlatine avec complication d'angine. Son urine était alors aussi noire que du café, il présumait que depuis cette époque elle était albumineuse. Il y a six ans qu'il commença à souffrir de temps à autre d'une douleur qu'il ressentait dans le dos et vers la région rénale, plutôt à gauche qu'à droite, et il avait des douleurs fugitives vers le cœur, que l'on considérait comme névralgiques. Ces derniers symptômes s'apaisèrent, mais la douleur sourde du dos continua à se faire sentir ; depuis cette époque son visage, ses jambes et ses chevilles s'enflaient. Il y avait quatre ans qu'il avait été atteint d'une inflammation catarrhale des poumons, ce qui paraissait l'avoir rendu très-sensible aux changemens de température, et depuis un an et demi, il avait beaucoup dépéri. Dans les quinze années précédentes, il s'était toujours plaint de plusieurs attaques de céphalalgie avec vomissemens, et cela avait pris de l'accroissement depuis quelques mois. Les mucosités de l'estomac étaient fort acides, et souvent teintes par la bile : il avait toujours été constipé. J'appris que malgré sa tempérance en fait de boissons, il avait fait bonne chaire pendant longtemps. J'examinai attentivement son urine, et je la trouvai de couleur jaune paille, très-acide et donnant, par la chaleur, un bon nombre de flocons blancs.

Il remarqua facilement que le cas me paraissait des plus sérieux, et il consentit à faire tout ce que je lui ordonnerais, pourvu qu'il put continuer l'exercice de sa profession. Je lui recommandai d'éviter avec le plus grand soin de s'exposer au froid et aux changemens subits de température, je lui enjoignis de se couvrir entièrement le corps de flanelle, et de se mettre au régime lacté, ainsi que de conserver le corps libre au moyen de la scammonée ou quelque autre purgatif simple. Je lui prescrivis des poudres d'uva ursi, de carbonate de soude et ipécacuanha à prendre trois fois par jour. »

Le docteur Bright le vit le Ier octobre suivant ; il allait beaucoup mieux, mais l'urine était toujours coagulable. Il attribuait l'amélioration de son état à la diète lactée qu'il avait sévèrement observée. Malgré ce mieux momentané, 8 semaines après il avait cessé de vivre.

« J'appris que près de six semaines avant sa mort il avait continuellement été sujet à des maux de tête et à des vomissemens accompagnés d'obscurcissement de la vue : une espèce de brouillard le gênait, comme il le disait lui-même. Des sifflemens continuels dans les oreilles l'empêchaient de distinguer les sons. Dans le dernier mois, et pendant qu'il vaquait encore à ses affaires, il se plaignait d'une difficulté plus grande à mouvoir les membres du côté gauche que ceux du côté droit. Il garda le lit dans la dernière quinzaine et ressentit des soubresauts de différens muscles. Ordinairement avant de s'endormir, il était pris d'une convulsion telle qu'il soulevait son corps en entier sur son lit. Cinq jours avant sa mort il éprouva trois attaques d'épilepsie dans la journée; les jours suivans il n'eut que deux accès. Les deux derniers jours de son existence se passèrent dans un état de coma complet. »

Le corps fut examiné avec soin par M. Hilton. La membrane muqueuse du duodénum présentait un état pathologique approchant de l'ulcération ; le tissu du rein présentait une dégénération reconnaissable à une pointillation semblable à la description donnée par M. Bright, sans qu'aucun des deux reins fut augmenté ni diminué de volume. Les uretères et la vessie étaient sains. Le cœur était flasque et volumineux ; les parois du ventricule gauche étaient hypertrophiées ; les fibres musculaires du cœur étaient pâles et se déchiraient facilement. La tête présentait plusieurs traces de maladie. En soulevant la dure-mère avec soin, une couche de sang coagulé se fit remarquer ; ce sang paraissait épanché depuis peu, son épaisseur était celle d'une pièce de cinq francs, il était contenu entre les deux feuillets de l'arachnoïde, qui n'étaient pas adhérens fortement l'un à l'autre, mais plutôt au feuillet de l'arachnoïde de la dure-mère, correspondant à la dépression où cette membrane était flasque. L'arachnoïde elle-même était épaissie et opaque, couverte d'un lustre et ressemblant assez à du cuir blanc. Il y avait encore une certaine quantité de sérosité sous l'arachnoïde. On remarqua une plaque osseuse sur la pie-mère qui paraissait avoir sa base vers l'arachnoïde, sa partie libre était rugueuse ; il y avait encore des plaques cartilagineuses, aucune ne présentait plus de surface qu'un pois, toutes étaient situées sur l'hémisphère gauche du cerveau; une partie de la faulx, vers sa jonction avec la tente du cervelet était ossifiée de la longueur d'un peu plus d'un demi franc, avec des bords irréguliers. La pie-mère n'était pas adhérente excepté à la partie supérieure du lobe antérieur gauche du cerveau ; certaines taches de matière cendrée se détachèrent avec elle, et à cette partie du cerveau les circonvolutions n'étaient pas aussi apparentes que de l'autre côté.

Nous rapporterons les commentaires du docteur Bright sans rien en retrancher, ils ne peuvent être abrégés sans perdre de vue la connexion des faits.

Cette observation est de la plus haute importance, elle démontre à notre avis, la connexion de cette maladie et de la scarlatine ; dans le cours de la maladie, l'œdème de différentes parties du corps est remarquable, ainsi que le caractère de l'urine ; la tendance aux vomissemens et l'émaciation se présentent à leur tour et sont bientôt suivis par de violens maux de tête ; enfin les symptômes cérébraux compliqués de coma, terminent la maladie qui a été huit ans à se développer jusqu'à sa dernière période.

IIIe Obs. — Le docteur Bright fut en toute hâte appelé à traiter avec le docteur Prout, le jeune W., âgé de 17 ans. Il fut trouvé par ces messieurs au lit et ayant les yeux clos à demi, le bras et la jambe gauche paralysés ; figure pâle, langue offrant des sillons et sèche ; peau chaude ; se plaint de maux de tête ; audition exaltée; urine décolorée, acide et très-coagulable par la chaleur ; il venait d'éprouver des convulsions pendant lesquelles les membres paralysés avaient été violemment agités, il avait même poussé des gémissemens. A l'âge de 12 ans il avait été attaqué d'une hématurie, qui s'était représentée plusieurs fois, accompagnée d'un flux considérable des urines, ainsi que d'envies fréquentes de les lâcher. Un petit calcul s'était une fois échappé de l'urètre. Le docteur Prout l'avait vu il y a 18 mois. Il y a trois semaines, assistant à des funérailles, il avait été longtemps exposé au froid, depuis ce temps il avait été de mal en pis. M. Odling l'avait examiné il y a environ 10 jours, il remarqua qu'il avait souffert du mal de tête plus violemment qu'à l'ordinaire ; il y avait constipation, la langue était brune et chargée ; il fit poser des sangsues aux tempes, et ordonna des purgatifs; et il se trouva si bien de cette médication que le samedi 19 il s'occupa d'affaires qui nécessitèrent des efforts du corps et une grande attention de l'esprit, en même temps qu'il s'exposa de nouveau au froid ; il en éprouva une telle secousse, qu'il dut se mettre au lit, et lorsqu'on vint le trouver à 9 heures, il éprouvait des violens maux de tête, des vomissemens, et la perte complète de la vue. M. Odling à la vue de pareils symptômes, chercha un grand nombre de sangsues, et comme il les lui appliquait, il survint une attaque de caractère apoplectique, dans laquelle la face du malade devint noirâtre et bouffie, et la respiration stertoreuse; on lui fit une large saignée au bras. Elle fut répétée trois fois la nuit, et malgré cela il eût encore deux violentes attaques. Dans le cours de de la matinée du jour suivant, le docteur Prout fut appelé et fit appliquer des ventouses scarifiées aux reins ; pendant qu'on exécutait ses prescriptions, une attaque survint encore. Le mardi, des attaques se rapprochant de plus en plus de l'apoplexie vinrent compliquer la position du malade; dans ces attaques répétées, le côté gauche qui jusqu'ici avait été tranquille, commença à éprouver des convulsions. Pendant les attaques il était évident que les facultés intellectuelles étaient entières ; la même nuit et les jours suivans, les intervalles de repos diminuèrent, il y eut dans la journée vingt accès. Le vendredi 25, jour où je fus appelé, les intervalles avaient été d'une heure et diminuaient rapidement. A huit heures du soir il devint insensible et il continua à vivre au milieu de convulsions jusqu'à deux heures du matin du samedi, il avait ainsi langui pendant près d'une semaine, depuis que les maux de tête s'étaient prononcés si fortement. Dans les cinq derniers jours, on était obligé de le sonder toutes les huit heures pour vider la vessie.

L'autopsie du cadavre fut refusée, mais il y a peu de doute sur la nature de la maladie.

L'observation suivante est communiquée par M. Weatherfield, un des chirurgiens les plus instruits de la capitale.

IVe Obs.—M. J. G. consulta le rapporteur dans le mois de décembre 1830, sur une affection de l'estomac qui ressemblait à une dyspepsie accompagnée de pyrosis Il se représenta à l'observation en septembre 1833, époque à laquelle un changement total survint dans les symptômes.

Depuis quelque temps, il avait été guéri de sa dyspepsie et du pyrosis ; son appétit était devenu bon, et, pour se servir de ses propres expressions, il pouvait alors

digérer n'importe quoi; cependant il se plaignait de douleurs et de battemens dans la tête, d'une soif intolérable, sécheresse de la gorge, de gonflement des extrémités vers le soir, et de la face le matin; le pouls était dur, la langue couverte d'un enduit furfuracé; urine très-abondante. On lui conseilla de se faire saigner; mais il n'obtempéra pas à cet avis et ne suivit aucune règle quelconque. Longtemps il demeura dans le même état, il était encore de même en février 1834. Les douleurs vers cette époque étaient moins fréquentes, mais elles étaient plus fortes et accompagnées de vomissemens violens. L'œdème des pieds et de la face augmenta. L'abdomen contenait aussi des fluides. Peu après, il fit un long voyage dans l'intérieur du pays, et s'y fatigua beaucoup; il lui survint alors des vomissemens et des maux de tête de nature plus intense, ce qui l'engagea à retourner à Londres et à se faire examiner par le docteur Babington, le 26 mars. Le docteur Babington après un examen très-attentif et très-méthodique, après avoir soumis à l'analyse les urines du malade, et trouvant qu'elles contenaient de l'albumine, déclara que les reins étaient le siége de la maladie; il prescrivit des mercuriaux altérans et des toniques. On lui enjoignît également des ventouses scarifiées sur la région du foie, endroit où il éprouvait de la douleur par la pression. Il vit encore le docteur Babington la semaine suivante: alors il se plaignît de tintement d'oreilles, et d'un léger engourdissement de la main droite et du pied. Le pouls était alors faible. Cependant le docteur Babington ordonna une saignée s'il y avait aggravation dans les symptômes. Le matin du 5 avril il fut atteint d'épilepsie, et un médecin du voisinage le saigna. Le pouls se leva et devint si dur et si tendu que nous le fîmes saigner encore le jour suivant; nous lui prescrivîmes des purgatifs, et ces moyens firent cesser les symptômes au moins pour un temps. Le 11 avril il fut en proie à un nouvel accès d'épilepsie, qui revint après des intervalles plus ou moins longs, jusqu'à ce que le malade descendit dans la tombe.

Autopsie.—Les membranes du cerveau, la pie-mère et l'arachnoïde sont particulièrement épaissies. Les ventricules contiennent plus de deux onces d'eau. Le cerveau est d'une consistance plus grande que dans les cas ordinaires. Le septum lucidum est épaissi. Les plexus choroïdes sont plus pâles que dans l'état naturel.

Poumons emphysémateux; cellules aériennes élargies et rompues. Cœur de plus grande dimension que d'ordinaire; ventricule gauche épaissi. Valvule semi-ossifiée; épanchement lunaire dans la poitrine.

Les organes de l'abdomen sont sains, excepté les reins qui sont de dimensions moindres et dont le tissu est granuleux.

Ve Obs. — M. P., âgé de 25 ans, d'une constitution athlétique, s'adressa à M. Wheelright le 6 décembre 1835, pour un dérangement de l'estomac, avec complication d'obscurcissement de la vue. Ces symptômes ayant paru appartenir à une affection du foie, des purgatifs et des amers furent donnés; il se trouva mieux et reprit ses occupations d'ouvrier plombier. Etant à travailler au faîte d'une maison, il se refroidit considérablement, et revînt chez lui malade; il avait éprouvé une espèce de convulsion, disait-il. M. Wheelright vit le malade à cinq heures du matin du jour suivant et le trouva tout à fait aveugle. Pouls plein et dur; céphalalgie considérable. On lui fit une large saignée, et l'on administra un purgatif drastique. La saignée fut répétée, et les ventouses scarifiées furent également mises en usage contre les maux de tête qui ne s'appaisaient pas. Le docteur Babington le vit le jour suivant; la pléthore et l'action violente du cœur et des gros vaisseaux continuaient toujours avec la même intensité. Comme il avait perdu quarante onces de sang, il fut résolu qu'on essayerait les mercuriaux. Au bout de quatre à cinq jours, sa vue fut améliorée, et son mal de tête était diminué d'intensité. Des sangsues et des ventouses scarifiées furent appliquées. Il était toujours très-assoupi; et cela dégénéra en un état comateux complet qui bientôt fit place à la mort. Le corps fut ouvert quelques heures après la mort: une demi-once de fluide fut trouvée dans les ventricules du cerveau, la base du cerveau était ramollie, les nerfs optiques ne présentèrent aucune altération; tous les organes de la poitrine et de l'abdomen furent trouvés également sains, excepté les reins dont la tunique péritonéale et la tunique propre étaient épaissies et d'un blanc pâle; lorsqu'elles étaient enlevées la surface du rein était rugueuse et son tissu altéré était d'apparence pointillée. La section de ces organes montra que toute la glande était malade. Dans ce cas-ci l'urine ne fut pas examinée et il n'y eut pas de tendance à l'hydropisie ni à l'œdème.

VIe Obs. — Une jeune femme avait présenté le symtôme d'urine chargée d'albumine depuis près de cinq ans. Son sang avait été analysé et on y avait découvert de l'urée. Dans les derniers temps la tête avait été prise et la malade avait été sujette à des accès d'épilepsie; elle était ordinairement pâle, et cependant elle était assez grosse. Etant à la promenade, elle fut prise d'un accès d'épilepsie, qui la conduisit au tombeau. On trouva la boîte du crâne extraordinairement épaissie; il y avait deux petites exostoses à sa surface interne. Un épanchement considérable fut trouvé sous l'arachnoïde, et la substance grise était fort injectée; les viscères de la poitrine étaient sains, les reins petits, granuleux et leur tissu ferme et dur.

VIIe Obs. — Une jeune femme confiée aux soins du docteur Bright présentait une anasarque considérable, et des urines albumineuses au plus haut degré. Pendant plusieurs années elle avait été atteinte de chlorose, avec une menstruation irrégulière; quinze mois avant l'état actuel de sa maladie, ses jambes commencèrent à se gonfler. Les urines étaient très-coagulables, et les maux de tête affreux; des vomissemens les accompagnaient souvent. Cette jeune femme fut traitée pendant plusieurs mois par le docteur Bright; son état variait presque toutes les semaines, l'anasarque revenait souvent, elle pouvait même en signaler une cause, celle d'être exposée à un courant d'air de deux portes ou fenêtres ouvertes. Une diète adoucissante fut gardée: elle

ne prenait que du laitage, des bouillons et de l'arrow root. Les remèdes employés étaient les diaphorétiques, tels que des bains ou des demi-bains et des poudres de Dower. Elle garda le lit depuis le commencement de mai jusqu'au commencement de septembre, et par ce moyen on obtint un état de diaphorèse constant de la peau. Ce traitement fut souvent suspendu ou varié, suivant les espèces d'attaques de vomissemens. Après quelque temps, les règles reparurent avec assez de régularité. Le flux des urines était quelquefois très-abondant, car en 24 heures de temps elle en rendait quatre pintes variant en quantité d'albumine, sans jamais dépasser un certain minimum. L'anasarque étant diminué, elle désira s'absenter pour quelque temps chez ses parens; elle en fut empêchée jusqu'à ce qu'une chemise de flanelle fut préparée; la nuit de son départ elle mourut subitement, elle s'était plaint dans le jour de douleurs dans les reins.

Cerveau ramolli, pas de fluides dans les ventricules, reins beaucoup plus larges qu'à l'ordinaire, de couleur jaune rosâtre, très-injectés; surface tachetée de petits points blancs opaques; tuniques saines mais blanchâtres; ovaires élargis et ronds; l'utérus était recouvert d'une couche mince de sang grumeleux.

VIIIe Obs. — Un Irlandais âgé de 50 ans, qui a été marin pendant 7 ans, fut admis à l'hôpital de Guy le 3 février 1835; il attribue la cause de son mal à une exposition prolongée au froid et à l'humidité; ce jour-là il a bu beaucoup d'eau-de-vie; le jour suivant il a trouvé son ventre très-gonflé; le penis et le scrotum sont œdémateux; mal de tête; depuis cette époque jamais il ne s'est bien trouvé, il a été traité par des *médecins de réputation* qui lui ont administré du mercure jusqu'a la salivation, *quatre fois différentes*.

Les symptômes actuels sont : douleurs éventuelles de tête, la nuit principalement. La bouche se ressent encore des effets du mercure; les joues sont gonflées; difficulté de respirer, surtout lorsqu'il est dans une position horizontale; toux fréquente vers le soir, quelques expectorations. Son du cœur diffus, irrégulier; palpitations après le moindre mouvement; abdomen considérablement distendu, fluctuation distincte. Le penis, le scrotum et les membres sont œdémateux; les pupilles sont dilatées, mais sensibles à la lumière; la vision a été altérée depuis à peu près huit jours, de manière à ne pouvoir reconnaître quelqu'un à quatre pas. Il est inutile de rapporter le traitement; le malade mourut le 23 du même mois.

Rien ne peut frapper davantage l'observateur que la ressemblance de toutes ces observations sous le rapport des symptômes et des résultats d'anatomie pathologique. Je ne connais aucune maladie, dit le docteur Bright, qui présente une uniformité de symptômes aussi parfaite que celle que nous venons d'examiner. En 1832, deux amis du rapporteur, le docteur Barlow et M. Tweedie, firent beaucoup d'observations sur cette maladie; le résultat de 300 observations prouve que constamment les reins sont altérés dans leur tissu et que le produit de leur sécrétion l'est également.

On a vu que les purgatifs avaient opéré quelques modifications avantageuses, principalement lorsque la maladie était compliquée d'anasarque. L'élatérium donné avec précaution, a été avantageux dans beaucoup de cas. Nos lecteurs trouveront peut-être étonnant d'apprendre que l'on a donné ce médicament énergique par grains; nous l'avons employé dans des cas d'hydropisie à la dose *d'un huitième de grain*, et généralement un 16e de grain à la fois; le docteur Bright est de notre avis : il le donne à doses fractionnées.

Quant aux diurétiques, ajoute le docteur Bright, j'ai toujours désiré ne me servir que de la digitale, et ce n'est que dans des cas particuliers où divers médicamens avaient échoué que je les ai employés. Généralement les diurétiques ne doivent pas être requis, puisque déjà la sécrétion des reins est très-active, et c'est appeler dans cette partie un stimulus qui ne peut qu'être nuisible.

KLEINERT'S REPERTORIUM.

Quelques mots sur l'emploi du cuprum sulphur dans le croup et la croupine ; par Krebs, médecin, à Bur.

L'auteur ayant employé, dans trois cas différens, et avec un succès peu satisfaisant, le *cupr. sulph.* contre le croup lymphatique et contre le croup inflammatoire et séreux, il en conclut que ce remède n'est point, comme plusieurs le croient, un spécifique contre toutes les espèces de croup. En conséquence il pense qu'il serait à désirer que les médecins, en pareille occasion, caractérisent la maladie de manière que l'on sache quand et dans quelle circonstance le *cupr. sulph.* agit spécifiquement dans le croup. Il est vrai que d'après Drost (*Heidelb. Annalen* Bd. 10, Heft 2 und unsers rep. IX, Jahrg. Septbheft s. 34) la plupart des cas dans lesquels il employa ce médicament appartenaient au croup catarrhal séreux, mais alors le tartre émétique devrait peut-être lui être préféré.

Pour pouvoir en juger convenablement il serait nécessaire de savoir : quelle fut la constitution des parens et des enfans et, d'après la manière de voir de l'auteur, de quelle espèce de croup ils étaient affectés ; quel était l'état du pouls, du pharynx, de la langue, de la respiration, etc., etc. ; s'il est survenu des crises, quand et lesquelles ; si, après avoir pris le cuivre, il ne s'en est point suivi de fâcheux accidens, ou s'il ne s'est rien déclaré d'important avant, pendant et après l'avoir administré : car jusqu'à présent on n'est point encore parvenu à approfondir la nature de cette maladie.

Quelques observations sur l'effet de la strychnine ; par le docteur Schaible, médecin, à Kenzinger.

L'auteur a employé la strychnine dans les circonstances suivantes :

1° Au commencement de la paralysie et de l'atrophie de l'extrémité inférieure droite ;

2° Dans la paralysie complète des deux extrémités inférieures ;

3° Chez un jeune homme épileptique dont le bras droit était atteint d'un commencement d'atrophie ;

4° Contre l'incontinence d'urine ;

5° Contre la diarrhée dysentérique.

Premier cas. — Il y a environ un an et demi, un paysan, d'une constitution robuste tomba si rudement sur le dos, qu'on dût le porter chez lui, où on le traita pendant plusieurs semaines par des remèdes internes, et extérieurement par des sangsues, des cataplasmes, des frictions et des ventouses ; après quoi il fut rétabli au point qu'il pu entreprendre un léger travail. Il sentait cependant depuis cette époque une douleur sourde et périodique à l'endroit sur lequel il était tombé, et il avait remarqué depuis environ deux mois que la jambe droite devenait plus grêle, que le pied perdait de sa force et qu'il se manifestait de temps en temps dans la jambe droite de l'engourdissement et de l'insensibilité.

L'auteur, prenant cet état pour une inflammation locale et chronique de la moelle épinière, traita le malade pendant 15 jours en conséquence ; néanmoins voyant son état empirer, il visita de nouveau et très-scrupuleusement la colonne vertébrale, et n'y trouvant aucune altération, il administra, d'après le formulaire de Magendie, la strychnine sous forme de pilules de 1/12 de grain, progressivement jusqu'à 1/4 de grain, et ordonna ensuite à l'extérieur une friction composée de spir. serpyll. avec tinct. nuc. vom. Déjà au bout du troisième jour, il se déclara dans la partie malade une espèce de picotement ; au 8e jour un peu de mouvement et de sensibilité ; un mois après, le malade sut faire quelques pas à l'aide d'un bâton ; à la 8e semaine il faisait de petites promenades, mais ce ne fut que longtemps après qu'il fut en état d'aller rendre une visite à l'auteur, lequel trouva bien le mouvement ordinaire et la sensibilité de la jambe rétablis, mais l'état naturel du membre avait peu changé.

Deuxième cas. — Une fille de 19 ans, d'un caractère vif et enjoué, fut prise de crampes très-violentes par suite de frayeur ; elle fut transportée dans cet état à l'hôpital des pauvres à Offenbourg. Au bout du second jour les crampes diminuèrent, elle reprit connaissance, mais les deux extrémités inférieures étaient paralysées. On employa infructueusement différens moyens ; le galvanisme ne produisit qu'un amendement passager et peu sensible ; enfin l'auteur prescrivit, pour ainsi dire, comme *ultimatum* la strychnine, d'après la formule de Magendie 1/12 de grain, matin et soir. A la fin du 3e jour, il se manifesta le picotement mentionné dans le cas précédent. On fit prendre le soir une pilule de plus, et la vie commençait à revenir dans le membre malade, lorsque tout à coup au 10e jour la malade fut saisie de nouveau par des crampes hystériques, semblables aux premières et accompagnées de paralysie, qui se manifesta au premier accès. Après que les crampes furent enlevées, on administra de nouveau la strychnine et la *tinct. nuc. vom.* extérieurement et au bout de cinq semaines la malade quitta l'hôpital entièrement rétablie.

Troisième cas. — Un jeune homme de 15 ans, d'une constitution délicate, et d'un teint jaunâtre, fut saisi, à l'âge de 12 ans, d'un accès d'épilepsie, qui se répéta un an après. Depuis cette époque le bras droit resta courbé, ne put se mouvoir et paraissait aussi *mal nourri*. Le malade ne s'était servi jusque là que de

remèdes domestiques, tels que le bain de vapeur de Thieri, etc. L'auteur ne pouvant trouver la cause originaire de la maladie, se décida à recourir à des moyens empiriques, et il ordonna en conséquence des purgatifs et des vermifuges ; et par suite des mauvais résultats de ces derniers, il prescrivit *l'extr. nuc. vom.* avec *extr. semin. santon. æther.*

Bientôt plusieurs vers furent expulsés. Le malade fut frictionné avec *tinct. nuc. vom.*, il prit du thé composé de *rad. valer. et artemis,* et continua à prendre des bains de vapeurs. L'amélioration était, au bout d'un mois, à peine sensible : on substitua alors la strychnine aux remèdes susdits ; le malade était rétabli 5 à 6 semaines plus tard, au point qu'il pouvait se servir de son bras pour se livrer à des occupations peu fatiguantes.

L'auteur n'a pas eu connaissance de l'état ultérieur du malade.

Quatrième cas.—Un homme d'une quarantaine d'années environ, d'une constitution faible et qui s'était autrefois adonné à l'onanisme, souffrait depuis plusieurs années d'une incontinence d'urine. Après avoir essayé infructueusement différens remèdes, l'auteur prescrivit la strychnine, et en même temps une nourriture succulente et des fortifians ; extérieurement la *tinct. nuc. vom.* et des remèdes spiritueux. Par l'effet de ce traitement l'incontinence d'urine s'amenda, elle disparût même pour quelques jours entièrement, mais revint bientôt après. L'auteur ignore les suites de cette maladie, le malade ayant cessé de réclamer ses soins.

Enfin l'auteur administra la strychnine mêlée à la gomme arabique avec un succès également satisfaisant dans la diarrhée dyssentérique et en général dans les maladies analogues.

Du balbutiement et du bégayement ; par le Dr Schmalz, médecin à Dresde.

Le langage du son n'étant possible qu'au moyen de la voix, il est sans contredit que par suite des vices des organes de la voix, la parole doit nécessairement en souffrir.

Ces vices consistent donc :

1° En défaut du langage (*dyslaliæ*), ou

2° En défaut de la voix (*dysphoniæ*).

L'auteur ne signale que deux défauts de langage :

1° Le mutisme (*alalia*) qui peut provenir

a) D'imbécilité ou de stupidité (*a. stupidorium*) ;

b) De surdité (*surdi-mutisme*); (*a. surdo naturom*) et

c) De défauts d'organes de la voix (*a : ex vitiis organorum loquendi*).

2° Le balbutiement (*balbuties*), la difficulté ou l'impossibilité de prononcer certains sons avec justesse. On peut le subdiviser en

a) Lallation (*larrare*), quand tous les sons sont prononcés d'une manière indistincte ;

b) Le *phoncentallaxis*, quand les voyelles sont confondues et articulées incorrectement ;

c) Le *symphonallaxis*, quand cela a lieu pour les consonnes ;

d) Le grasseyement (*pararhoticismus*), défaut dans la prononciation de l'*r* ;

e) Le paralambdacisme (*paralambdacismus*), prononciation fautive de l'*l* ;

f) Le parasigmatisme, sasseyement (*parasigmatismus*), mauvaise prononciation des *s* et *ch* ;

g) Le paragammacisme (*paragammacismus*), fausse prononciation des lettres *g*, *c* et *k* ;

h) Le langage guttural (*uranoscophonia*), la difficulté d'exprimer les lettres *k*, *g*, et *c*, et la prononciation de plusieurs consonnes accompagnées d'un sifflement, telles que, par exemple, les lettres *b*, *d*, *s*, provenant soit d'une fente, soit de quelque autre ouverture du palais ;

i) Le nasillement (le parler du nez), (*rhinophonia*), provenant de ce qu'on ne peut se servir convenablement du nez en parlant et qui est, ou

aa) *Rh.* (1) *narium perparum apertarum*, ou

bb) *Rh.* (2) *narium perparum clausarum.*

Comme vices de la voix, l'auteur admet :

1° L'aphonie (*aphonia*), la privation de la voix, état dans lequel on ne peut parler que très-bas (*susarre*, *mussite*).

2° Le begayement (*hæsitantia, isehnophonia*), la voix se trouve réprimée, retenue au milieu du parler.

a) La séparation du son de ceux qui le suivent ;

b) La prolongation artificielle du son.

c) La répétition fréquente du premier ou des premiers sons d'une syllabe ;

d) Le mutisme instantané qui se présente dans le begayement ;

3° La voix tremblante et interrompue (*vox tremula, ntersecta*) ;

4° La voix, dont le son affecte désagréablement l'ouïe (*paraphonia*), tel que

a) L'enrouement (*p. rauca raucido*) ;

b) La voix haute et aiguë (*p. stridua, stridor*) ;

c) La voix rude ;

d) La voix glapissante (*p. crepans*), provenant d'un amas de glaires devant la trachée-artère et le larynx ;

Outre cela on doit ranger parmi les modifications de la respiration :

1° Le ronflement et le râlement (*stertor*, *rhonchus*), des dormans, des asthmatiques et des apoplectiques ;

2° Le sifflement (*sibilatio*) des asthmatiques et des goîtreux, etc., etc. ;

3° Le hoquet (*singultus*) ;

4° Le crachement avec efforts (*exscreatio*), la toux (*tussis*), et le *latratus* ;

---

(1) Lorsque l'ouverture postérieure des fosses nazales ne peut être fermée par le voile du palais ou par la luette en prononçant les lettres *b*, *p*, *d*, *t*, *g*, *c*, *k*, *v*, *l*, *f*, *r*, *s*, *v*, *ch*.

(2) Lorsque l'ouverture postérieure des fosses nazales est bouchée quand elle devait se trouver ouverte, d'où résulte la prononciation fautive des consonnes. *m*, *n*, *ug*.

5° Le rire (*risus*);
6° L'éternuement (*sternutatio*);
7° Le moucher (*emunctio*);
8° Le larmoiement (*fletus*);
9° La respiration suspirieuse (*suspirium*);
10° Le halètement (*anhelitus*), et le gémissement (*gemitus*);
11° Le baillement (*oscitatio*);
12° La ventriloquie (*ventriloquium*), et
13° Le claquement (*poppysma*), qui est subdivisé en claquement des lèvres et claquement de la langue.

Feu le docteur Schulthefs, de Zurich, fut le premier qui distingua rationnellement le balbutiement du bégayement; d'après lui, le balbutiement, dont les variétés sont le grasseyement, le sasseyement, le paragammacisme et le nasillement, est le vice de la voix dans lequel un ou plusieurs sons ne peuvent être prononcés du tout ou articulés avec justesse, et le bégayement consiste en une suspension subite d'un son et dans l'impossibilité qui en résulte de prononcer certains mots et syllabes.

Il paraît qu'on désigne généralement le balbutiement par φελλισμς ou ιραυλισμος, *blaesistas* ou *balbuties*, *balbutan* (grasseyement), *purben bles* et *stammering* et le bégaiement par ιοχνιφωίν et βατταρισρος *hæsistas*, *haesitantia* (*linguae*), tartagliare, *stuttering*.

L'auteur passe ensuite aux détails et commence par le balbutiement.

Le balbutiement varie selon son degré et son étendue. Si l'articulation est dépourvue de plusieurs ou de tous les sons, on n'entend alors qu'un bruit confus et qu'on appelle la lallation (*lallare*), ou la prononciation émoussée.

Si la prononciation d'une lettre seulement est fautive, le balbutiant n'éprouve ordinairement aucune gêne d'exprimer aux autres ses pensées intelligiblement, mais son langage blesse l'oreille.

A ces défauts appartient aussi celui de ne pouvoir articuler correctement la consonne *t* et ce que Fournier appelle le *hottentotisme*. Une fente ou autre ouverture quelconque des parties dures du palais empêche la prononciation de la plupart des consonnes (langage palatin ou guttural, *uranoscophia, balbuties gutturalis*). Finalement on doit encore mentionner ici le nasillement (*rhinophonia balbuties nasalis*), dont le défaut consiste, comme il est dit plus haut, dans le *rh. nar. perparam apertarum.*

Les causes du balbutiement sont en partie mécaniques : telles que sécheresse des parties de la bouche et du nez, mauvaise conformation des lèvres (par exemple bec-de-lièvre) du palais, des ouvertures et des fentes au palais, absence ou excessive longueur ou grosseur de la luette, manque de dents ou mauvaise disposition d'icelles, disparition du bord alvéolaire, conformation vicieuse de la langue et du filet, des tumeurs, des abcès et des blessures dans la bouche et dans ses parties environnantes, etc., etc.; en partie dynamiques : telles que faiblesse, paralysie, crampes de la langue et des autres organes de la voix, occasionnées ou par une altération locale des nerfs et des muscles de ces organes, ou par des affections nerveuses générales (par exemple le tarentisme, des crampes ordinaires, des affections cérébrales ou de la moelle épinière), ou provenant aussi de l'ivrognerie, de l'ouïe dure, de la faiblesse et de l'endurcissement de l'esprit, des habitudes vicieuses et de l'imitation ou de l'affectation.

Non-seulement l'enfance est sujette au balbutiement, mais aussi l'âge mûr; son apparition subite est quelquelquefois l'avant-coureur de l'apoplexie. La guérison du balbutiement dépend des causes et du degré du mal, et en partie de la force de volonté du balbutiant. Les causes comprises parmi celles qui sont mécaniques ne peuvent pour la plupart être levées que par des moyens chirurgicaux.

Paré (1) donne la description et le dessin d'un instrument destiné à suppléer au manque de la langue, inventé fortuitement par un homme auquel on avait coupé une partie de la langue. Cet instrument à la forme d'une coquille de bois oblongue, platte et légèrement concave, que l'on introduit en parlant, en entier dans la bouche, où qu'on tient devant les dents incisives. Paré, qui en a fait l'expérience sur lui-même, le vante extraordinairement.

Le refoule-langue, instrument indiqué par Colombat et qui sert à réprimer le grasseyement, est une petite feuille d'ivoire ayant presque la forme d'un cœur et dont la pointe arrondie est garnie de deux petits crochets en argent, qui, placés au-dessus des dents incisives de la mâchoire inférieure, y attachent l'intrument.

Krug, instituteur à Dresde, parvînt à faire parler une jeune fille de 7 ans et qui était atteinte de division congéniale du palais, en lui conseillant de tenir continuellement, en parlant, le pouce et l'index au-dessus du nez, et de clore les narines chaque fois qu'elle prononcerait des sons qui nécessitent le passage de l'air par cette ouverture. Il suppléa par ce moyen au manque de la luette et du voile du palais. Le même s'est servi, avec succès, contre la lallation, qui est le résultat de la mauvaise habitude de ne pas écarter suffisamment les dents en parlant, d'un petit morceau de bois garni d'un manche et placé entre les dents incisives supérieures et inférieures.

Si le balbutiement provient de maladies internes, celles-ci réclament des remèdes administrés intérieurement et extérieurement propres à leur guérison.

Si, au contraire, la faiblesse est la cause du balbutiement, on peut y remédier, soit par des moyens fortifians, locaux et ordinaires, soit par l'exercice des organes.

Le *bégayement.* — Otto distingue les variétés suivantes :

1° Celle où *un son* est séparé de ceux qui le suivent immédiatement;

2° Celle provenant d'une prolongation peu naturelle du son;

---

(1) OEuvres d'Ambroise Paré, 7e éd. Lyon, 1633, liv. 23 c. 5. page 672.

3° Celle où à lieu une répétition fréquente du premier ou des deux premiers sons d'un mot ou d'une syllabe ;

4° Enfin celle qui se présente comme mutisme instantané.

Colombat admet deux espèces principales, savoir :

1° Le bégayement labio-choréïque, consistant en mouvemens spasmodiques des lèvres, de la langue et de la lèvre inférieure et des autres parties mobiles des organes de la voix ;

2° Le bégayement gutturo-tétanique, résultat d'un spasme tonique des muscles de la respiration.

Dans le bégayement le larynx est presque toujours pressé violemment vers le haut, et la base de la langue presse souvent contre le palais. On peut comparer le langage d'un bègue au subit écoulement de l'eau d'une bouteille à goulot long et étroit.

Le nombre des bègues est beaucoup plus considérable que celui de ceux qui souffrent des vices de l'articulation de la voix. D'après un récensement fait à Erfurt on a trouvé, sur une population de 23,000 ames, 75 bègues, parmi lesquels on aura probablement compris aussi des sourd-muets, des balbutians et ceux atteints d'imbécilité. Suivant Otto, qui n'admet que 2 bègues sur 1000 habitans, la Saxe en contiendrait environ 3000. Colombat au contraire, ne compte en France que 6,114 bègues sur 33 millions d'habitans, ce qui fait 1 bègue sur 5,397 ames, ou 185 sur un million; il admet en conséquence en Europe 33,349 bègues sur 180 millions d'habitans; en Asie, 101,900 sur 550 millions; en Afrique 27,790 sur 150 millions; en Amérique 11,110 sur 60 millions d'habitans.

Eu égard à l'étiologie, il est surprenant que tous les bègues chantent sans difficulté et que la plupart savent déclamer de même, bien que le volume de leur voix soit très-petit et que les sons soient rudes et discordans quand le mal a atteint un degré élevé. Cette singularité provient de ce que le mouvement musculaire non interrompu est beaucoup plus facile à produire, qu'il fatigue moins que le mouvement musculaire interrompu et que les rhytmes musical et poétique influent sur les fonctions des organes de la voix.

La difficulté qui se présente dans le bégayement ne provient donc point de la prononciation des sons isolés, mais seulement de la position réciproque qu'ont les sons entre eux, et si cet état n'est pas accompagné du balbutiement il n'existe point de défauts organiques des organes de la voix.

Le docteur M'Cormack suppose que le bégayement est occasionné lorsque le bègue veut essayer de parler ou d'aspirer, les poumons étant vides.

D'après madame Leigh, la source de ce mal provient de ce qu'en parlant, la langue se place contre la rangée inférieure des dents et empêche par là de se servir convenablement de cet organe.

Voisin et Colombat font dériver le bégayement du manque d'harmonie entre l'influence des nerfs qui est suivie par la pensée, et le mouvement des muscles produisant la voix.

Bansmann allègue trois causes différentes :

1° Ceux qui balbutient aux lettres aspirées, comprimment tellement la trachée artère avec les poumons, que l'air expiré qui forme les sons ne peut y arriver.

2° Ceux qui balbutient à l'articulation des consonnes linguales, se servent d'ordinaire de la langue d'après la manière vicieuse indiquée dans la théorie de madame Leigh, d'où il résulte que la partie postérieure de cet organe s'élève tellement que la trachée-artère se trouve par là totalement close.

Rullier en assigne la cause uniquement dans le cerveau. Itard envisage le bégayement comme une affection spasmodique analogue au tremblement et provenant d'une faiblesse des muscles de la langue et du larynx. Arnott et Schulthess ont enfin découvert les premiers, que l'articulation des consonnes dans le bégayement ne souffre que par suite de la prononciation interrompue des voyelles, et qu'ainsi la cause la plus directe du bégayement doit *exister* dans un état maladif de l'organe de la voix. état qui, suivant eux, consiste dans la crampe des muscles des ligamens de la glotte : ce qui a de l'analogie avec le cligement des yeux et la photophobie, ainsi qu'avec la difficulté d'avaler et l'hydrophobie. Les causes indirectes du bégayement sont ou physiques, ou dynamiques ou matérielles. Aux causes physiques appartiennent les maladies de l'ame et la plupart des émotions. Parmi les causes dynamiques on doit compter les maladies nerveuses, la contention d'esprit, de trop longues veilles, les pollutions, etc., etc. Au nombre des causes mécaniques sont comprises la malpropreté, les maladies de peau repercutées, les blessures de la tête de la moelle épinière et des nerfs, l'ivrognerie, etc., etc.

Le bégayement, augmenté ou diminué par tout ce qui peut influer sur le système nerveux et les dispositions de l'ame, n'est pas toujours, et chez la même personne, d'une force égale. Les hommes paraissent être plus souvent sujets au bégayement que les femmes, et l'on a remarqué qu'il diminue d'ordinaire avec l'âge et cesse quelquefois tout à fait.

Quant à la possibilité de la guérison du bégayement, il est à considérer s'il est idiopathique, sympathique, symptômatique ou métastatique, et on doit alors instituer le traitement principalement d'après les causes. Ces causes sont-elles mécaniques ou dynamiques, le bégayement ne peut être traité que par les remèdes purement médicaux.

Quant au bégayement sympathique et symptômatique, dont la cause réside presque toujours dans le bas-ventre, Schulthess recommande, après l'enlèvement de la douleur originaire, d'avoir principalement égard à la contraction spasmodique du larynx, et si le mal est idiopathique d'essayer des remèdes internes et externes ayant une influence, soit directement, soit indirectement calmante, fortifiante, révulsive, tout en ayant égard au genre de spasme de la glotte et à l'acrimonie cachée, scrofuleuse, rachitique, psorique et autres semblables.

Si les causes au contraire sont physiques, ou si le bégayement est l'effet de l'habitude, il est surtout important de détourner l'attention du bègue de son mal et

d'occuper son esprit d'une autre manière. La ferme résolution d'éviter le bégayement, ainsi qu'un traitement sévère par des corrections, même la colère, et les émotions de l'ame en général ont parfois contribué à la guérison.

On doit attendre cependant l'effet le plus salutaire des exercices des organes de la voix et de la langue, conformes aux règles de l'art et les continuer avec persévérance.

Déjà Mercurialis, et dans ces derniers temps Itard, Dupuytren, Serre, Murden, Marshall Hall, Arnott, Bertrand, Colombat, M'Cormack, Otto, et principalement madame Leigh, dont la méthode a été encore perfectionnée par Schulthess, Bansmann et Otto, ont indiqué les moyens d'y parvenir.

PREUSSISCHE

MEDICINISCHE ZEITUNG.

Des tubercules des testicules; par Sommer.

L. D., âgé de 36 ans, officier d'artillerie, ayant toujours joui jusqu'à présent d'une bonne santé malgré la faible organisation et l'habitude phthisique de son corps, vint me consulter au mois de novembre 1832 pour un gonflement douloureux des testicules. Le mal, existant déjà depuis neuf mois, n'avait été précédé, d'après ce que m'assurait le malade, ni d'une gonorrhée, ni d'une infection syphilitique : en revanche la douleur dans les testicules, qui avait été d'abord très-peu considérable et dont on ne connaissait point la source, s'était augmentée par le mouvement du cheval trop souvent répété et qui avait fait faire des progrès au mal. Les deux testicules avaient la grosseur du poing ; ils étaient durs et tuberculeux dans certaines places ; moux, pâteux et presque fluctuans dans d'autres ; il se trouva aussi sur le devant du testicule gauche une cicatrice, qui, s'étant fermée avec son parenchyme, provenait, d'après le récit du malade, d'un ulcère de la grandeur d'une noisette, lequel s'était formé, il y avait déjà 4 mois, d'un de ces endroits mous et qui, étant resté ouvert pendant deux mois, s'était fermé par l'application d'un bandage et d'un simple onguent. Le malade éprouva alors des élancemens douloureux et violens dans toute la masse des testicules et jusqu'aux environs de l'*os sacrum;* l'attouchement cependant était très-peu douloureux.

Depuis longtemps le malade avait perdu tout appétit, les sécrétions et les excrétions étaient régulières ; le visage était blême et le malade avait l'humeur sombre et l'esprit abattu.

Outre que je lui ordonnai des cataplasmes émolliens, des frictions composées de graisse et de *cali hydroiodicum,* des bains chauds, je lui prescrivis aussi des pilulles composées de *tartarus stibiatus*, *pulvis radicis ipecacuanhæ* et de *l'extractum cicut,* plus tard et progressivement de l'*aqua lauro cerasi.*

Au bout de quelques semaines, le gonflement des testicules avait considérablement diminué, l'humeur ordinaire du malade, son appétit et ses forces étaient entièrement revenus et l'on ne put se déterminer par la persuasion à abandonner ses occupations à l'école d'inspection, où il était professeur. Hors de chez lui il tenait le scrotum couvert d'un emplâtre de *galbano crocatum* et enveloppé d'une peau de chat. La respiration du bon air fut avantageux, sans que cependant il s'opéra de changement dans le gonflement des testicules.

Vers la fin du mois de février 1833, la maladie empira de nouveau et le malade était tourmenté la nuit d'une toux douloureuse, quelquefois accompagnée d'une expectoration mêlée de sang.

Le malade n'avait alors que son mal de testicules en vue, et pour en être délivré le plus tôt possible il me pressait de lui faire l'opération de la castration, à quoi il était fermément résolu ; ce ne fut qu'avec beaucoup de peine que je pus le faire changer d'avis ; je le déterminai de remettre cette opération à une meilleure époque, attendu que dans le cas présent, et surtout un mal de poitrine s'étant joint à cette maladie, une opération semblable eut été sans utilité aucune, et aurait plutôt hâté la mort probable.

Malheureusement ce triste pronostic se confirma bientôt, car le malade mourut le 21 mai 1833, par suite des apparitions antécédentes d'une phthisie pulmonaire, espérant toujours la castration et jugeant son mal de poitrine avec cette insouciance dans laquelle beaucoup de phthisiques méconnaissent jusqu'à leur dernier souffle la catastrophe qui les attend.

L'autopsie fit reconnaître dans les deux poumons une quantité innombrable de tubercules à différens degrés de maturité et de formation, ainsi que plusieurs glandes mésentériques tuberculeuses. Les deux testicules contenaient un grand nombre de petits tubercules de la grandeur de grains de chanvre ; il se trouvait en outre dans le testicule gauche huit tubercules de la grosseur d'une grande fève, et dans le droit six, dont le contenu, après les avoir coupés, sortait avec facilité en les pressant légèrement. Les tubercules placés superficiellement communiquaient avec les points mous, palpables extérieurement. A la place de la cicatrice extérieure du testicule gauche, le parenchyme qui s'y trouva le plus proche était devenu dur et calleux. Le tissu filamenteux des testicules avait entièrement disparu. Le canal déférent et la prostate furent trouvés sains.

Extraction d'un enfant vivant après la mort de la mère, faite au moyen de la version.

Madame H....., âgée de 41 ans, fut souvent sujette à des indispositions dépendant d'un état pléthorique. Elle mit au monde sept enfans ; toutes ses couches avaient été très-heureuses ; enceinte pour la huitième fois, en 1832, elle fit une fausse couche. Enceinte du neuvième enfant, elle sentit des dispositions aux congestions cérébrales lorsqu'elle arriva au quatrième mois de sa grossesse ; au huitième mois elle commença à se plaindre de douleurs vers le sacrum ; avec perte de

mouvement dans l'extrémité du membre inférieur droit; ces accidens furent bientôt accompagnés de douleurs à la tête et de vertiges, symptômes qui furent modifiés par la saignée générale. Le 25 avril 1834, à midi, les premières douleurs se firent sentir, et les membranes se rompirent vers 10 heures du soir; immédiatement la mobilité de l'enfant fut convenablement diminuée. La malade se plaignit de grande pression vers la tête, d'anxiété et d'oppression. Ces accidens augmentèrent le jour suivant; la face devint d'un rouge foncé. Le 26, à midi, la malade répondait à peine aux questions qu'on lui faisait; elle se contentait de dire oui aux personnes qui lui demandaient où elle souffrait le plus en lui désignant la tête. Le pouls était dur et plein. On saigna de nouveau et on tira à peu près 16 onces de sang. Des mouvemens convulsifs des muscles de la face et des extrémités ne tardèrent pas à se faire remarquer, et un quart d'heure après la saignée, la femme expira.

Un médecin fut appelé de suite; il trouva à son arrivée la tête de l'enfant au détroit supérieur du bassin et conséquemment trop élevée pour se servir du forceps; il introduisit immédiatement la main dans la matrice, opéra la version de l'enfant, et un quart d'heure après que la mère avait cessé de vivre, 24 heures après que les membranes avaient été rompues, il amena un enfant mâle, paraissant mort; mais les moyens ordinaires rétablirent en cinq minutes de temps la circulation, et l'enfant d'ailleurs bien constitué à continué depuis à se bien porter.

Effet salutaire de l'opium dans le rhumatisme aigu; par le docteur Bennewitz.

Un homme d'environ 30 ans, robuste, n'ayant été jusqu'ici sujet à aucune maladie grave et dont il avait, pour ainsi dire, été préservé par un flux hémorrhoïdal, devint malade par suite d'un rhumatisme universel qui se manifesta d'abord aux extrémités inférieures et se répandit bientôt par tout le corps, de sorte que le malade ne pouvait se mouvoir sans éprouver de fortes douleurs. La fièvre dont cet état était accompagné, portait le caractère de la *synocha* et nécessita dans cette circonstance une prompte saignée. Les douleurs des extrémités ne diminuèrent cependant pas et on fut obligé de pratiquer à plusieurs reprises la saignée et de la répéter huit fois dans l'espace de douze jours. Il est vrai qu'après chaque saignée les douleurs quittaient le malade pour quelques instans, mais pour reparaître peu de temps après. Les vomitifs que j'administrai à hautes doses et à plusieurs reprises (sept fois dans l'espace de trois semaines) ne changèrent en rien l'état de la maladie. Les remèdes ordinaires, tels que, le nitrum, le calomel, le vinium stibiat., l'aqua laurocerasi, l'extr. hyoscyami, etc., etc., ne produisirent aucun effet.

Je résolus donc, d'après le conseil de M. le docteur Busse, et dans un cas tellement désespéré que les moyens les plus efficaces échouaient contre l'opiniâtreté du mal, et n'osant pratiquer une nouvelle saignée malgré la couenne inflammatoire qui recouvrait encore le sang, d'administrer l'opium en trois doses.

Nous avions pour but d'enlever par là l'*irritabilité exaltée* du sensorium, ainsi que dans tout le système nerveux, et de favoriser la crise par les pores de la peau. Le résultat de ce traitement fut très-satisfaisant. Dès ce moment le malade passa les nuits beaucoup moins agité, le pouls était plus élevé, le rhumatisme diminua peu à peu et les mouvemens se rétablirent de plus en plus. A la fin de la cinquième semaine le malade se trouva entièrement rétabli, le flux hémorrhoïdal dont il avait éprouvé les bienfaits auparavant, reparut en plus grande abondance.

Nous administrâmes l'opium de la manière suivante :

Laud.liq.Sydenh. premièrement de ℈j sur aq.distill. ℥iv mêlée de vinum stib. et de nitrum; plus tard nous augmentâmes la dose jusqu'à ʒ ß, toutes les 2 heures une cuillerée à soupe; et en dernier lieu nous administrâmes l'opium sous forme de poudres, 1/4 de grain pro dosi, mélangé de calomel, ipécacuanha et sulph. ant. aur.

Peu de temps après il se présenta deux autres cas semblables que j'eus l'occasion d'observer, et après avoir fait usage de la saignée j'administrai l'opium de la manière ci-dessus avec un succès également satisfaisant.

HUFELAND'S U. OSANN'S,

JOURNAL DER PRAKTISCHEN HEILKUNDE.

Traitement efficace des ulcères aux pieds de nature chronique; par le docteur F. Siemerling.

En six semaines de temps l'auteur a guéri des ulcères aux pieds qui avaient résisté aux traitemens ordinaires, en se servant d'un emplâtre balsamique, de la pierre infernale et d'un baume. Le premier forme des bandes qui s'appliquent circulairement sur la partie affectée; il est doux et ne s'attache pas trop fortement à la peau; il n'irrite pas le voisinage de l'ulcère et n'occasionne point de rougeur ou des excoriations, qui entravent souvent la guérison (1). Avant l'application de l'emplâtre, on touche les bords calleux et la superficie de l'ulcère avec la pierre infernale; puis l'on prend une bande de toile de la largeur de deux pouces, enduite de l'emplâtre balsamique et on l'applique suivant la manière ordinaire autour de la jambe, de sorte qu'une bande recouvre l'autre d'un tiers de pouce et que l'ulcère en soit entièrement couvert; on applique par dessus une simple compresse et le pied et la jambe sont enveloppés par un bandage circulaire. On recommande au malade le repos; il faut qu'il soit ou couché ou assis, et dans ce dernier cas le membre malade doit être posé horizontalement sur une chaise ou sur un tabouret. Au second pansement, les bords paraissent déjà moins élevés et moins durs; on nettoye soigneusement l'ulcère et ses parties environnantes, on passe de nouveau la pierre infernale sur les bords et sur l'ulcère et on recouvre la partie malade de l'emplâtre circulaire, de la compresse et du bandage. L'application *journalière* du caustique n'est plus nécessaire pour les pansemens ultérieurs, car son effet se prolonge pendant plusieurs jours, et c'est au praticien de juger quand elle doit être répétée, selon le développement plus ou moins rapide de la granulation de l'ulcère.

Lorsque les bourgeons charnus offrent trop peu de vitalité ou que l'ulcère est mal granulé, l'auteur se sert d'un mélange de tinct. aloës, tinct. myrrh. ana ℥ij, et balsam. peruv. ℥js. dans lequel on imbibe un plumasseau de charpie, par dessus lequel on applique les bandes d'emplâtre de la manière indiquée plus haut.

(1) Préparation de cet emplâtre : On fond 1/2 once de cire blanche, à laquelle on ajoute 1/4 de livre d'huile d'olives et 2 onces de minium. On laisse bouillir cette masse en la remuant continuellement sur des charbons ardens jusqu'à ce qu'elle devienne épaisse, et après l'avoir ôté du feu on y ajoute encore deux drachmes de baume du Pérou. La couleur de cet emplâtre est rouge-brun.

Il est inutile d'ajouter qu'un traitement interne doit accompagner l'emploi de ce moyen externe, suivant les causes qui ont déterminé la maladie et la manière d'être de l'individu.

De l'effet des bains de pieds préparés avec les acides nitrique et muriatique dans certaines maladies du foie; par le docteur Schessinger, de Stettin.

Ces bains se composent d'un mélange de 3 onces d'acide muriatique et de 2 onces d'acide nitrique uni à six onces d'eau, à partager en trois doses, dont une partie sera ajoutée à 45 à 50 livres d'eau chaude. Le bain de pieds se prendra le soir un peu avant de se coucher. On y restera 20 à 25 minutes, ayant de l'eau jusqu'aux genoux, et on se mettra au lit immédiatement après la sortie du bain, en attendant la transpiration. On administrera de temps en temps de légers purgatifs, composés de calomel, de magnésie, de crême de tartre, etc., etc., que l'on ne peut pas cependant donner à trop grandes doses, ces bains de pieds favorisant déjà à eux seuls l'évacuation. Il se forme très-souvent de petites pustules aux jambes; alors on doit interrompre l'usage des bains, que l'on ne reprendra qu'au bout de quelques jours, en y ajoutant une moindre quantité du mélange ci-dessus. Vingt-cinq à quarante bains suffisent d'ordinaire pendant le traitement; cependant on ne peut en déterminer le nombre.

Ces bains ont été avantageux dans les cas suivans :

1° Dans un état qui est souvent la suite d'une véritable hépatite, et qui se présente tantôt sous l'aspect d'une inflammation chronique, tantôt sous celui d'une induration du foie, et qui souvent même prend le caractère de l'une et de l'autre à la fois.

Divers symptômes des maladies chroniques apparaissent alors, tels que coliques habituelles, vomissemens, constipation prolongée, fièvre hectique, etc., etc. Par l'usage des bains susdits, les selles, interrompues par suite de la sécrétion vicieuse de la bile, deviennent liquides, le faciès du malade devient meilleur, l'appétit se manifeste. La transpiration qui se déclare après chaque bain soulage le malade au lieu de l'affaiblir, comme cela avait lieu auparavant (1).

(1) Obs.— Un cas d'hépatite, traitée par la saignée, les sangsues et le calomel, fut suivi d'un ictère chronique accompagné de fréquens vomissemens de matières noires, d'une sensation de

Ces bains furent aussi d'un bon effet :

2° Dans l'*asthma abdominale* (1);

3° Dans l'hypochondrie;

4° Dans les affections mentales provenant de la stagnation du sang dans le système de la veine porte.

Le soufre uni au sel neutre purifié, d'un effet salutaire dans les menstrues et les hémorrhagies supprimées; par Fischer, médecin à Lunebourg.

Une jeune fille de 18 ans, très-pléthorique, d'un tempérament sanguin et qui par suite de la non apparition des menstrues éprouvait des violentes douleurs principalement dans le bas-ventre, tels que crampes, etc., fut guérie par inf. laxat. V. et huile de ricin, ou huile d'amande douce unie au sel neutre et un peu de lac. sulphuris. Les menstrues se déclarèrent bientôt en abondance.

L'auteur fait observer que seulement le mélange des deux dernières substances produit dans la plupart des cas du genre de celui mentionné ci-dessus, et dans les dispositions hémorrhoïdales, un excellent effet, lorsque son action détermine des évacuations, par la raison que le sel est administré en doses 3 à 4 fois plus fortes que la préparation du soufre, lequel provoque toujours une irritation plus ou moins grande.

---

pression à la région du foie, qui était, dans différens endroits, dur au toucher, d'élancemens dans cette région et d'un dépôt palpable d'humeur dans le lobe droit de cet organe, à quoi se joignait un pouls petit et fébrile. Au huitième bain de pieds la fièvre cessa; au quinzième la jaunisse ainsi que l'induration disparurent, les selles se colorèrent, et après un traitement de deux mois le malade était guéri.

(1) Obs.—Un malade ayant eu des violens accès d'asthme portés jusqu'à l'apnée, des douleurs dans l'abdomen, augmentant par la pression sur la région du foie, avec digestion laborieuse, selles difficiles, angoissés à la région précordiale, de temps à autre des maux de tête, toux forte, mais sèche, fut entièrement guéri après avoir fait usage de bains de pieds d'acide nitrique et muriatique, en même temps qu'on lui prescrivit des purgatifs.

HEIDELBERGER

KLINISCHE ANNALEN.

Guérison de blessures graves à la tête sans l'opération du trépan; par le docteur Ph. Dorfmuller, à Furstenau, près d'Osnabruck.

Ier *Cas.* — Un garçon âgé de 8 ans, fort et bien portant, tomba le 20 septembre 1835 du haut d'un grenier sur les dalles d'un vestibule et se blessa grièvement à la tête. L'auteur le trouva au lit, hors de connaissance, la respiration stertoreuse, la figure gonflée, rouge foncé et bleuâtre par suite de l'extravasation du sang. La membrane conjonctive était fortement gonflée et rouge; le pouls était lent. Des vomissemens se manifestèrent et il découla du sang en assez grande quantité du nez et des oreilles. Il y avait sous les orbites de fortes contusions, et à la partie externe du côté gauche de l'os frontal existait une blessure longue d'un pouce s'étendant jusqu'à l'os. Le coronal lui-même était brisé en plusieurs pièces de différentes grandeurs, qui étaient mobiles sans être enfoncées. L'articulation du poignet droit était en même temps luxée. Après avoir convenablement nettoyé la plaie, l'auteur la pansa avec le cérat de saturne et le baume du Pérou, et réunit les lambeaux au moyen de l'emplâtre agglutinatif; il appliqua des fomentations (de Schmucker) sur le crâne et sur le front, réduisit ensuite la luxation et ordonna pour boisson de l'eau panée et sucrée avec du jus de citron; il prescrivit aussi un mélange de *pulv. temperans* et de *nitrum.* Le lendemain le malade avait repris connaissance; les maux de tête étaient considérables; le pouls plus régulier; la respiration bonne; l'évacuation de l'urine régulière, point de selle; la plaie pas trop enflammée. Les paupières et les joues étant très-enflées, on y appliqua des compresses imbibées d'eau de saturne. L'auteur administra intérieurement *saturatio kali carbonici* avec *infusum sennæ compos.* et 1/2 drachme *spirit. nitri dulc.* Le même traitement fut continué jusqu'au 25. On provoqua les selles par des lavemens, et lorsque les symptômes de commotion asthénique du cerveau (tels que somnolence, pouls faible et rare, diminution de la chaleur du corps) se manifestèrent l'auteur prescrivit :

R. : Flor. arnicæ.	℥ s.
Hyperici mille fol. ana.	℥j
Inf. aq. font. q. s. ebull. colat.	℥iv
Adde æther acet.	℈j
Pot. river.	℥iij
Syr. rub. id.	℥ s.

A prendre 1 cuillère à soupe toutes les deux heures. Peu à peu les symptômes fâcheux disparurent, le visage recouvra sa couleur et sa forme naturelle. Trois abcès occasionnés par des fragmens d'os, qui s'étaient détachés, furent ouverts et guérirent bientôt après l'extraction des esquilles. La guérison de la fracture du coronal fut prompte, et à la fin d'octobre le malade était entièrement rétabli.

IIe *Cas.* — Un garçon de 14 ans, petit et d'une constitution chétive, fut atteint à la tête par le sommet d'un grand arbre que l'on venait d'abattre, de telle sorte qu'il resta étendu sans connaissance. Le sang lui sortait par le nez, la bouche et les oreilles. Lorsque l'auteur le vit une pâleur mortelle couvrait son visage; il avait la figure enflée, la respiration stertoreuse, le pouls était très-lent et intermittent. Lorsqu'on l'interrogeait, il répondait par des paroles entrecoupées. Les boissons qu'il prenait étaient vomies aussitôt. On apercevait à la partie antérieure de l'os pariétal gauche derrière la suture lambdoïde un enfoncement mobile, mais peu profond, de la grandeur d'un franc; la région frontale présentait une large ecchymose, et la conjonctive était très-rouge. On appliqua des fomentations froides, sur la tête; on administra intérieurement :

R. Sal. tart. depur. ℥ s.
Aceto vini saturato.
Adde infus. fol. sennæ comp. ℥ ij.
Aq. rub. id. ℥ j.
Sp. sal. dulce ℥ s.
Syr. papav. alb. ℥ vj.

Une cuillère à soupe toutes les demi-heures. L'état du malade s'améliora.

Le lendemain on administra un purgatif. Le troisième jour le malade avait repris entièrement connaissance. L'auteur prescrivit *infus. arnicæ* avec *pot. river* et *sp. sal. dulc.*, et l'on continua à appliquer des fomentations froides encore pendant quelques jours. Au bout de quinze jours le malade était entièrement rétabli.

IIIe *Cas.* — Un homme âgé de 39 ans, d'une grande stature, et qui déjà au mois de janvier 1821, avait reçu une blessure dangereuse, faite par une hâche à l'os temporal du côté gauche, et de laquelle néanmoins il était tout à fait guéri, fut victime d'un guet-à-pens le 11 octobre 1830, entre 3 et 4 heures du matin, dans lequel il reçut plusieurs blessures. Un chirurgien des environs traita le blessé et pansa convenablement les plaies.

A l'examen que l'on fit le lendemain, on constata 1° une blessure arquée, de la longueur de 1" 6"' éloignée de 2" 3"' de la racine du nez, profonde de 5 à 6"',

et dont les bords étaient œdémateux. Il y avait apparemment fracture du coronal avec quelque dépression. L'on ne découvrit cependant pas le moindre indice de commotion au cerveau; 2° deux plaies étendues au côté gauche de la poitrine, et au même côté, mais plus du côté de l'aisselle, une tuméfaction œdémateuse et très-douloureuse; 3° une autre tuméfaction à la région métacarpienne de la main droite; 4° une meurtrissure au côté interne du petit doigt de la même main.

Le malade avait conservé toute sa présence d'esprit; son pouls était plein et fort dur; la respiration lente et quelquefois râleuse; il toussait souvent. Selon les apparences, ces blessures, fort dangereuses à la tête et à la poitrine, avaient été faites d'une manière très-violente, en partie par des instrumens tranchans, en partie par des instrumens contondans. Eu égard à la réplétion des vaisseaux sanguins, la paralysie des poumons, ainsi que la commotion des nerfs étaient fort à craindre.

L'opération du trépan ne se fit point, les symptômes qui la nécessitent ne s'étant pas présentés. On fonda donc le traitement sur les indications suivantes : 1° modérer la grande irritabilité du système artériel; 2° prévenir la paralysie pulmonaire.

En conséquence l'on pratiqua une saignée, on appliqua des fomentations (de Schmucker) sur la tête et des fomentations tièdes sur la poitrine (composées de *décoct. species resolvent* et de *sel ammoniac*), et on administra des purgatifs (*kali sulfur.*). La plaie au front fut pansée avec *tinct. benzoës compos.* (Ph. Hannov). L'état du malade commença déjà à s'améliorer. Le 24 octobre il se détacha trois esquilles du coronal. L'on pansa alors la plaie avec *ceratum caluminare.* Au bout de quinze jours le malade était entièrement guéri.

IVe *Cas.* — Un homme fort et robuste, âgé de 27 ans, avait été blessé par un verre cassé, à la tempe droite, au-dessus et sur le côté de l'apophyse zigomatique. La plaie était longue d'un pouce et demi, et large d'un pouce; en la sondant on découvrit un enfoncement de l'os, que l'on ne put cependant examiner minutieusement, parce qu'à chaque essai le blessé éprouvait de violentes convulsions (probablement par suite de la lésion des nerfs trijumaux et facial). Il y avait somnolence, le malade perdit et reprit alternativement connaissance. Aux premières convulsions et aux spasmes toniques, se joignait la contraction spasmodique de la bouche. On pratiqua une saignée de 10 à 11 onces. L'auteur prescrivit *pot. river* avec *sp. nitri dulc.*, de l'eau de framboises, des fomentations de Schmucker, et ensuite :

R. Tart. solub. ammon.
Mannæ elect. ana ℥ vi.
Spir. nitr. dulc. ℥ i.
Aq. rub. id. ℥ vj.
Syr. fl. papav. ℥ s.

Toutes les heures et demie une demi-cuillerée à soupe.

Les crampes diminuèrent; l'aspect de la plaie devint satisfaisant et une légère suppuration s'établit. De temps en temps le malade s'évanouissait. On provoqua les selles au moyen des lavemens. L'auteur prescrivit :

R. Kali sulf. ℥ vj.
Liq. c. c. succ.
Sp. nitr. dulc. ana ℥ j.
Aq. rub. id. ℥ vj.
Aq. bened. rul. ℥ i.
Oxym. simpl.
Syr. papav. alb. ana ℥ i.

Toutes les heures et demie une demi-cuillerée à soupe. Outre cela *elect. sennæ*, 2 cuillerées à café, à prendre à plusieurs reprises dans la journée. Par suite de ce traitement, modifié suivant les circonstances, l'état du malade s'améliora considérablement de jour en jour, et à la fin de la troisième semaine la guérison était complète.

SCHMIDT'S JAHRBUECHER

DER

IN-UND AUSLAENDISCHEN MEDICIN.

Plaie de la cornée de l'œil droit, déterminée par une cause toute particulière ; communiquée par Kneschke, à Leipsick.

Le 6 novembre dernier, M. Kneschke fut appelé en toute hâte près d'une dame. Il la trouva très-agitée, la paupière supérieure de l'œil droit tuméfiée, la conjonctive enflammée, la sécrétion des larmes abondante, l'œil douloureux et ne pouvant supporter l'impression de la lumière. En examinant l'œil avec soin, il remarqua une plaie profonde au bord supérieur de la cornée. Il reconnut que cette plaie provenait de ce que le doigt médius, d'une persoune qui avait donné, en badinant, une chiquenaude à cette dame, était entré dans l'œil. C'est à la suite de cet accident que s'étaient développées ces fortes douleurs, qu'augmentèrent encore des fomentations d'eau chaude continuées toute la nuit. M. K. fit écarter toutes les influences nuisibles, et fit tomber sur la plaie quelques gouttes d'un mucilage ophthalmique. Par cette médication l'œil guérit entièrement au bout de quelques jours, sans qu'il restât la moindre suppuration de la blessure.

(*Jahrgang* 1836, *Bd.* XI, *heft* 2).

Du traitement des taches et des ulcères de la cornée; par le docteur Kneschke, à Leipsick.

Autrefois on regardait les affections oculaires comme locales et on les traitait comme telles ; aujourd'hui on prend quelquefois l'extrême. L'observation fidèle apprend toutefois qu'il existe des maladies d'yeux dans lesquelles les moyens locaux seuls ne suffisent pas. Aux maladies qui réclament une médication topique appartiennent celles de la cornée et particulièrement les taches et les ulcères. Cette médication est presque toujours la seule par laquelle on puisse les combattre dès qu'elles exigent les soins d'un médecin, fussent-elles liées à une affection générale on à une maladie existant auparavant. L'affection générale concomitante pourrait être combattue par des moyens internes, et ce traitement n'influerait nullement sur l'état morbide de la cornée qui courrait bientôt un tel danger, qu'on serait forcé d'abandonner les moyens internes pour recourir à des médicamens ayant une action directe sur la partie affectée. Cela arrive très-fréquemment dans les ulcérations de la cornée, lorsque sur des indications pressantes et qu'il faut saisir immédiatement, on doit éviter sa perforation et la procidence de l'iris.

M. Kneschke recommande dans ces cas l'usage du précipité blanc, qui lui a fort bien réussi ; il l'unit à l'axonge et aux fleurs de zinc. Il allie deux grains, au plus, de précipité à un gros d'axonge et à 4 ou 6 grains de fleurs de zinc.

Il l'a ordonné sans fleurs de zinc dans les cas de nuages de la cornée, et a pu se convaincre que c'est là le meilleur moyen de les combattre.

Administré sous la forme de pommade, il a la propriété de rester plus longtemps en contact avec la partie malade. Pour que son administration soit couronnée de succès, le malade doit jouir d'un air pur et l'œil ne doit être embarrassé d'aucun appareil quelconque. Si la lumière doit être écartée, un paravant en papier bleu sert admirablement et est peu coûteux.

(*Jahrgang* 1836, *Bd.* XI, *heft* 2).

Observation. — Nous avons dû recourir à ce médicament dans les cas d'ulcération et de taches de la cornée ; c'est dans ces derniers cas seulement que son emploi a été couronné de véritable succès. Il nous a fort bien servi dans un cas de *facette de la cornée*, et dans quelques ulcérations superficielles de cette membrane ; mais nous avons préféré et nous préférerons toujours l'administrer sous forme de mucilage. Chaque fois que nous aurons à combattre une ulcération de la cornée, et surtout de ces ulcères qui font des progrès rapides, détruisent quelquefois une partie de cette tunique ou la percent, nous aurons toujours recours au nitrate d'argent. C'est bien avec raison que MM. Trousseau et Pidoux (*Traité de thérapeutique et de mat. méd.*, vol. I, page 656) proclament que de tous les agens de la thérapeutique chirurgicale, ce médicament est celui qui rend le plus de services et qu'il doit, en chirurgie, être placé sur la même ligne que le quinquina et l'opium en médecine.

C'est dans la chirurgie oculaire surtout qu'on reconnaît combien ce médicament est précieux et difficile à remplacer. On l'emploie toujours sous deux formes : sous forme solide, et l'on se sert alors du nitrate d'argent fondu ; sous forme liquide, c'est-à-dire en solution ; et l'on doit toujours dans ce cas, disent MM. Trousseau et Pidoux, se servir du nitrate d'argent cristallisé qui manque malheureusement *dans presque toutes nos officines.*

Des ulcérations simples de la cornée peuvent très-bien guérir par l'administration de la pommade de M. Kneschke qui est à peu de chose près la pommade de *Janin* que tous nos pharmaciens débitent encore chaque jour. On ne conçoit pas comment Richter (*Chirurg. Bibliothek*, vol. 3, page 647) ait pu conseiller dans ces cas de se servir du beurre d'antimoine, qui est peut-être le plus violent caustique que nous possédions. L'écoulement des larmes décompose le chlorure; mais si cette sécrétion venait à manquer, la perforation de l'œil en serait indubitablement la conséquence.

(*Note du traducteur.*)

Trois grossesses chez une femme qui n'avait jamais eu de menstrues; par le docteur Koehling.

Cette personne fut toujours bien portante et forte, et accoucha trois fois sans accident; ses lochies coulèrent chaque fois pendant 3 ou 4 semaines et elle nourrit elle-même ses enfans qui se portaient bien et étaient forts. Au lieu de menstruation, et cela chaque fois qu'elle eût dû survenir, cette femme était prise de vertiges, de maux de tête, de gêne de poitrine, de battemens du cœur, ainsi que de pesanteur dans les membres. Un chirurgien de campagne combattit chaque fois ces douleurs par une saignée du bras, et il saigna si souvent sans rien faire autre, que ces évacuations sanguines, par leur régularité, remplacèrent les menstrues. A l'âge de 70 ans, les ventouses remplacèrent les saignées et dès que ces dernières furent abandonnées cette femme contracta le prurigo senilis.

Idiosyncrasie héréditaire.

Une jeune femme qui pendant sa quatrième grossesse ne pouvait manger ni sucre ni crême, bien qu'elle les aimât auparavant, mit au monde un enfant qui vomissait chaque fois qu'on lui donnait du sucre et de la crême.

Continuation de l'écoulement des règles pendant la grossesse et l'allaitement.

Ce fait a encore été observé par le docteur Kœhling, sur une Juive. Douze fois elle avait été enceinte et avait nourri ses douze enfans, et pendant ce temps ses menstrues avaient toujours coulé aussi abondamment, souvent même plus fort qu'en autre temps. et étaient fréquemment accompagnées de saignemens de nez abondans. Lorsqu'elle était tourmentée de douleurs d'un côté de la figure, elle avait un sentiment de poivre sur la langue du côté affecté et ne ressentait rien de l'autre.

Le même M. Kœhling a vu une femme de quarante ans, qui depuis le mois de mai était paralysée des extrémités inférieures et du bras gauche, accoucher en août d'un enfant à terme, bien que très-petit.

(*Jahrgang*, 1836, *Bd.* XI, *heft*, 2).

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.

De la circulation veineuse ; par E. Chassaignac, prosecteur de la Faculté de Médecine de Paris, professeur-agrégé, etc., etc. Paris, 1836. In-8°. Chez Germer-Baillière.

Dans des considérations générales placées en tête de son travail, l'auteur après avoir formulé plusieurs propositions générales sur des points importans de la physiologie du système veineux, résume les diverses opinions qui ont été émises sur le mécanisme de la circulation dans cet appareil, et qui peuvent se réduire à sept ; la première attribue la circulation veineuse en très-grande partie au ventricule-aortique ; la seconde, en grande partie à l'action propre des artères ; la troisième, à une force propre inhérente aux capillaires ; la quatrième, en partie à l'action spontanée du sang ; la cinquième, à l'action propre des veines ; la sixième, à l'action d'inspiration du poumon ; enfin la septième, à l'action d'aspiration des cavités droites du cœur. M Chassaignac fait judicieusement remarquer, qu'il existe à peu près autant de théories sur la circulation veineuse, que d'agens qui jouent un rôle plus ou moins important dans l'accomplissement de cette fonction.

L'auteur divise les agens de la circulation veineuse générale en deux catégories savoir : 1° agens primordiaux ou d'impulsion *à tergo ;* 2° agens accessoires, auxiliaires ou accelérateurs. Dans la première classe il range l'action du ventricule gauche, celle des artères, celle du système capillaire, à l'occasion duquel il parle de l'activité spontanée du sang. Dans la seconde, il comprend : 1° l'action propre des veines et celle de toutes les parties qui leur sont juxta-posées, et qui contribuent à y activer la circulation, telles que les artères satellites, les muscles, les aponévroses, la peau ; 2° l'action des cavités droites du cœur ; 3° l'influence de la respiration ; 4° enfin, d'autres forces, telles que la pesanteur et la force dérivatrice de Haller, etc. Quant aux forces vitales tendant à faire monter le sang, admises par quelques physiologistes, il ne leur conçoit pas d'existence en dehors des forces qui viennent d'être énumérées.

Après ces généralités fort intéressantes, commence la première partie du travail de M. Chassaignac. Elle traite de la *circulation veineuse générale.* C'est la partie la plus considérable et la plus importante de l'ouvrage. S'occupant d'abord des *agens d'impulsion à tergo,* il étudie successivement l'action du ventricule aortique sur la circulation veineuse, celle des artères, celle des capillaires, et discute la valeur de l'opinion qui attribue au sang un mouvement spontané. Nous ne suivrons pas l'auteur dans tous les développemens qu'il a consignés dans cette première section où toutes les opinions des auteurs sont exposées et appréciées ; mais nous signalerons principalement à l'attention de nos lecteurs les expériences nouvelles auxquelles M. Chassaignac s'est livré, dans le but de rechercher si l'impulsion communiquée au sang par le ventricule aortique se fait ressentir jusque dans les vaisseaux veineux, expériences qui ont été faites avec une grande habilité et un grand soin. La description qu'il en a donnée ne laisse rien à désirer sous le rapport de la clarté et de l'exactitude. Voici les conclusions auxquelles il est arrivé.

1° Il n'y a, dans le mouvement du liquide (du sang qui coule par l'ouverture faite à une veine), aucune autre saccade que celles qui sont produites par les efforts de contraction musculaire ;

2° Les efforts musculaires, même quand ils paraissent avoir lieu d'une manière continue, déterminent des ascensions intermittentes, mais qui n'ont aucune liaison avec les mouvemens du pouls et ceux de la respiration, puisque chacune des secousses déterminées par cette cause correspondait à plus de dix mouvemens respiratoires ou ventriculaires.

Dans la seconde section, l'auteur examine les agens accélérateurs de la circulation veineuse. Il admet que les veines exercent sur la circulation du liquide qu'elles renferment une influence très-réelle, mais il distingue avec soin ce qui appartient aux veines elles-mêmes de ce qui appartient à d'autres organes placés dans leur voisinage. Ici se trouvent traités les points suivans : 1° influence de la direction des veines sur la circulation veineuse ; 2° influence de la capacité du système veineux ; 3° influence du rétrécissement progressif du système veineux ; 4° influence des anastomoses ; 5° influence qu'exerce la répartition de l'épaisseur des parois veineuses dans les diverses parties du système ; influence des valvules ; 6° influence exercée par l'action absorbante ou sugillatoire des radicules veineuses ; 7° influence de l'élasticité des veines ; 8° influence de la contractilité lente ou tonique des veines ; 9° influence d'une contractilité vitale instantanée dans les veines ; 10° influence des artères juxta posées aux veines ; 11° action des muscles ; 12° influence de l'effort ; 13° influence de certains mouvemens, des aponévroses, de la peau, des pressions extérieures, et enfin de la pesanteur.

L'auteur passe ensuite à l'appréciation de l'action des cavités droites du cœur, à l'influence de la respiration, et afin de ne rien omettre, il dit quelques mots de l'action que peut avoir le système lymphatique sur la circulation veineuse, et de la force dérivatrice de Haller.

Dans une deuxième partie, M. Chassaignac décrit les circulations veineuses locales, qui comprennent : la circulation veineuse du cerveau, celle du poumon, celle de l'abdomen, et celle du placenta.

Enfin, ce travail si remarquable est terminé par une

série de propositions sur cette question : *Le sang veineux présente-t-il des caractères identiques dans les diverses parties du système veineux ?* Cet appendice est un résumé concis, mais très-exact, de l'état actuel de la science sur ce sujet.

L'ensemble de ce travail nous a paru méthodique et très-lucide ; tous les détails sont tracés avec talent et avec l'importance qu'ils méritent. On reconnaît dans son auteur un homme habitué à traiter les questions anatomiques et physiologiques, et habile à manier le scalpel.

Mémoire sur la peste qui a régné épidémiquement à Constantinople en 1834, *et sur sa non-contagion, avec quelques remarques sur les quarantaines et les lazarets ;* par M. Cholet, D.-M.-P.

L'auteur de ce mémoire, habitant Constantinople en 1834, a été témoin de l'épidémie de peste qui a ravagé cette ville ; c'est assez dire que ce travail est le fruit de son observation personnelle ; il l'a complété en s'appuyant sur les recherches de ses devanciers.

Après avoir exposé l'histoire des principales épidémies, et insisté sur les causes locales d'infection favorables à la doctrine de la non-contagion, l'auteur fait la description de Constantinople et des villages voisins, des diverses causes d'insalubrité ; il passe en revue les différentes castes qui composent sa population, et donne pour chacune, autant que faire se peut dans une ville où les décès ne sont pas enregistrés, sa part de mortalité. Les Grecs, qui s'effraient beaucoup, les juifs, pauvres, sales, et qui, d'après M. Cholet lui-même, achètent les habits des pestiférés, ont été les plus maltraités ; les Francs qui s'isolent, les Arméniens, n'ont pas été épargnés. Les Turcs, dont le moral ne s'affecte pas, et qui ne prennent aucune précaution, envahis les derniers, ont été les plus ménagés.

L'auteur se fait ensuite cette question : La peste est-elle contagieuse ? Il se prononce pour la négative s'appuyant sur des opinions, des faits déjà invoqués par ses dévanciers et rejettant, sans discussion, il est vrai, les *prétendus* faits invoqués par les contagionistes ; il ajoute quelques observations personnelles d'individus, de familles exposés au contact des pestiférés, et qui n'ont point été malades.

Cette partie du mémoire est terminée par la relation d'une visite faite par l'auteur à l'hôpital des pestiférés grecs. Il faut un véritable courage, une curiosité véritablement médicale pour pénétrer dans un séjour où se trouvent accumulés dans un petit espace toutes les horreurs qui caractérisent une épidémie de fièvre pestilentielle.

M. Cholet donne ensuite une bonne description des symptômes qu'il a observés, de la marche, des terminaisons de la maladie, du pronostic, du traitement, et décrit aussi l'état du sang. Malheureusement il ne lui a pas été permis de faire d'autopsie.

L'ouvrage se termine par des réflexions sur les quarantaines et les lazarets. L'auteur, conséquent avec lui-même, est peu favorable à ces établissemens, qu'il considère comme inutiles.

Manuel des maladies vénériennes ; par C.-M. Gibert, professeur agrégé de la Faculté de médecine de Paris, médecin de l'hôpital de l'Oursine. — Paris, 1836, 1 vol. in-18. Librairie Deville-Cavelin.

M. Gibert est auteur d'un excellent manuel des maladies de la peau qui est entre les mains de tous les étudians en médecine et des praticiens ; le manuel qu'il publie aujourd'hui sur la syphilis, obtiendra, nous en sommes surs, le même accueil du public médical.

Comme la plupart des auteurs qui ont traité le même sujet, M. Gibert commence par une introduction dans laquelle il examine la question de l'origine de la syphilis. Il expose ensuite successivement les symptômes primitifs et les symptômes consécutifs des maladies vénériennes étudiés chez l'homme, chez la femme, chez l'enfant et chez la nourrice. Puis il passe à la description générale de la vérole, à la théorie, et enfin au traitement. Le livre est terminé par un formulaire des médications les plus efficaces et le plus généralement suivies.

Ce manuel qui comprend, comme on le voit, cinq parties différentes, plus un formulaire, est un résumé complet et très-bien fait des opinions actuelles sur la syphilis, que M. Gibert a rapportées avec un soin consciencieux, et souvent même en conservant les expressions de leurs auteurs. L'auteur ne s'est pas contenté de mettre ainsi les diverses opinions en regard ; il les commente, les discute et donne ensuite la sienne, qu'il appuie, au besoin, de ses propres observations ou de celles empruntées à des autorités respectables. Cette méthode est très-rationnelle, et elle donne à ce travail une importance que son titre ne semble pas indiquer.

La syphilis est une affection contagieuse ; la cause essentielle de la maladie est un virus, qui peut rester à l'état latent dans l'économie, comme le virus rabique, et qui peut se communiquer même dans cet état par la voie de la génération ; le mercure en est le remède par excellence ; ce médicament est à la vérole ce que le quinquina est dans la fièvre intermittente. Les antiphlogistiques font bien quelquefois disparaître sans retour les symptômes primitifs, mais cette médication employée seule est souvent suivie de récidives ; tandis que la méthode mercurielle n'est jamais ni infidèle, ni dangereuse, toutes les fois qu'on peut l'appliquer d'une manière convenable et chez des sujets qui ne sont point placés dans des circonstances trop défavorables, telle est, en peu de mots, l'idée fondamentale du livre de M. Gibert.

Cet ouvrage, nous le répétons, est un résumé complet de l'état actuel de la science sur les maladies véné-

riennes, qui peut tenir lieu du plus volumineux traité, et que tous les praticiens qui n'ont que peu de momens à consacrer à l'étude liront avec fruit et avec un véritable intérêt. (M).

Compendium de médecine pratique, ou exposé analytique et raisonné des travaux contenus dans les principaux traités de pathologie interne; par M. Louis De La Berge, docteur en médecine, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, chef de clinique médicale à la même Faculté, professeur particulier de pathologie interne; et M. Ed. Monneret, docteur en médecine de la Faculté de Paris, professeur particulier d'hygiène appliquée. — Paris, 1836. Librairie Béchet jeune.— Première livraison.— L'ouvrage sera complété en 10 livraison.

« Énumérer les opinions accréditées sur la nature, le siége, le traitement des maladies, les discuter avec conscience, avec impartialité, en laissant tenir à chacun le langage dont il s'est servi pour sa propre défense, mettre les faits en regard, afin que le lecteur puisse les apprécier dans sa pratique, tel est, disent MM. De La Berge et Monneret, le but spécial du *Compendium.* »

Un travail conçu sur un pareil plan, à une époque où la médecine est ramenée à l'observation et où le triomphe exclusif de telle ou telle doctrine ne saurait avoir lieu, ne peut manquer d'être favorablement accueilli des praticiens, auxquels il sera d'une incontestable utilité, si les auteurs mettent le même soin dans la rédaction des livraisons suivantes que dans celle que nous avons sous les yeux. Cet ouvrage sera à la pathologie interne ce que le Dictionnaire de Samuel Cooper, (qui, pour le dire en passant, aurait besoin d'une nouvelle édition mise au niveau des progrès de la chirurgie), a été à la pathologie externe. Le *Compendium* est appelé à rendre à la médecine les services que le Dictionnaire de Cooper a rendus à la chirurgie.

L'esprit qui a présidé à la rédaction du *Compendium* préjuge favorablement du succès de cette nouvelle publication. Nous extrayons textuellement les passages suivans dans lesquels les auteurs exposent eux-mêmes la méthode qu'ils ont suivie, et qui serviront à en faire apprécier tout le mérite.

« 1° Exposer le sfaits dans l'ordre alphabétique, en les rattachant à une dénomination généralement usitée;

» 2° Multiplier convenablement les types pathologiques, afin d'en présenter les caractères en un article peu volumineux;

» 3° Soumettre l'histoire de chaque maladie à des divisions nombreuses arrangées méthodiquement;

» 4° Adopter le même ordre d'exposition pour tous les ordres nosologiques. »

Après avoir longtemps médité sur les diverses classifications proposées jusqu'à nos jours par les auteurs et les professeurs de pathologie, MM. De La Berge et Monneret ont cru devoir ranger sous les titres qui suivent tout ce qui constitue l'histoire d'une maladie.

Etymologie grecque, latine, etc. — Dénominations françaises et étrangères. — Synonimie suivant l'ordre chronologique. — Définition. — Divisions. — Altérations pathologiques. — Symptomatologie. — Marche ou cours de la maladie. — Durée. —Terminaisons.— Convalescence. — Phénomènes consécutifs. — Rechutes et récidives.— Description des espèces et variétés. — Complications essentielles, accidentelles. — Diagnostic. — Pronostic.— Étiologie. – Traitement.— Nature et classification dans les cadres nosologiques. — Historique, Bibliographie.

Certes, un cadre aussi vaste et aussi complet permet aux auteurs de ne rien omettre d'essentiel, et ce travail consciencieusement élaboré épargnerait bien des recherches aux praticiens en même temps qu'il leur serait d'une utilité réelle. Nous étions curieux de voir si les auteurs avaient rempli fidèlement ce cadre dans la livraison qu'ils viennent de publier; nous l'avons parcourue d'un bout à l'autre et la lecture attentive des principaux articles nous a convaincu que rien n'avait été omis. Nous avons lu, entre autres, avec plaisir les articles *Acéphalocyste, Acné, Acrodynie, Aménorrhée, Amygdalite, Anaphrodysie, Anasarque, Anémie* et *Angine*, qui renferment en peu de pages un résumé complet et détaillé des travaux les plus importans sur ces maladies qui a dû nécessiter des longues et pénibles recherches. C'est particulièrement la partie pratique qui est la plus soignée; c'était aussi le point principal que les auteurs devaient constamment avoir en vue, leur livre étant spécialement destiné aux médecins-praticiens, et nous les engageons à ne pas dévier de cette route. Nous ne craignons pas de nous tromper en prédisant au *Compendium* un succès justement mérité, et qui compensera MM. De La Berge et Monneret de leurs savantes élucubrations.

Nous rendrons compte des livraisons suivantes, à mesure de leur publications. (M).

BULLETIN BIBLIOGRAPHIQUE.

—

Cours de pathologie interne, professé à la Faculté de médecine de Paris, par G. Andral, recueilli et rédigé par Amédée-Latour, docteur en médecine. — Livraisons 8 et 9. — Paris, 1836, Librairie de Just Rouvier et Le Bouvier. Prix : 2 fr. la livraison.

Ces deux livraisons traitent des névralgies, de l'érythème, de l'érysipèle, de la roséole, de la rougeole, de la scarlatine, de l'urticaire, de la miliaire, des sudamina, de la varicelle, de l'eczéma, de l'herpès, de la gale, du pemphigus, du rupia, de l'ecthyma, de l'acné, de la teigne, de la variole, du lichen, du prurigo, des hémorrhagies de la peau, de la lèpre, de l'éléphantiasis, du lupus, du rhumatisme, de la goutte, de l'urétrite, de

la spermatorrhée, des maladies de l'utérus et de l'ovaire, et terminent le tome 3e. — L'ouvrage complet formera trois volumes, publiés en 12 livraisons; les neuf déjà parues composent les tomes 1 et 3; les livraisons 10, 11 et 12 formeront le tome deuxième et la fin de l'ouvrage.

Mémorial de l'art des accouchemens, ou principes fondés sur la pratique de l'hospice de la Maternité de Paris, et sur celle des plus célèbres praticiens nationaux et étrangers, suivis des aphorismes de Mauriceau; par Madame Ve Boivin, ex-maîtresse sage-femme, surveillante en chef de l'hospice de la Maternité. — Quatrième édition. — Paris, 1836, 2 vol. in-8°, avec 134 planches gravées sur bois, avec l'explication. — Librairies de J. B. Baillière et Crochard. Prix : 14 fr.

Cet ouvrage a été placé, par décision ministérielle, au rang des livres classiques à l'usage de l'École d'accouchement de Paris.

Traité de chirurgie : par M. J. Chélius, professeur de chirurgie et de clinique chirurgicale à l'Université de Heidelberg; traduit de l'allemand, par J. B. Pigné, interne des hôpitaux civils de Paris. — 4e Livraison.

Cette livraison traite des hernies; de la chute de matrice, du vagin et du rectum; des courbures en général; des anévrysmes; du tissu érectile; des varices en général; du varicocèle, du spermatocèle et des hémorrhoïdes. — L'ouvrage formera 2 volumes divisés en 7 livraisons.

Clinique homoeopathique, ou recueil de toutes les observations pratiques publiées jusqu'à ce jour; par Beauvais (de Saint-Gratien), docteur en médecine. — Première livraison. — Paris, 1836, in-8° de 96 pages. L'ouvrage aura deux volumes, divisés en 12 livraisons. — Librairie de J. B. Baillière.

Prix pour un volume : 9 fr.

Traité théorique et pratique de médecine légale; par Alph. Devergie, docteur en médecine, professeur particulier de médecine légale et de chimie médicale; avec le texte et l'interprétation des lois relatives à la médecine légale; revu et annoté par Denaussy de Robécourt, conseiller à la cour de cassation. — Tome 2e, seconde partie. — Paris, 1836, in-8°, de 562 pages. — Librairie de Germer Baillière.

Prix de l'ouvrage complet : 18 fr.

Manuel des maladies vénériennes; par C.-M. Gibert, médecin de l'hôpital de l'Oursine. — Paris, 1836, in-8°, de 708 pages. — Librairie de Deville-Cavelin.

Prix : 6 fr.

Lettre aux médecins français sur l'homœopathie, par le comte S. Desguidi. — Deuxième édition, suivie des moyens de guérir le choléra et de s'en préserver. — Paris, 1836, in-8°, de 84 pages. — Librairie Bohaire.

Prix : 1 fr.

Extinction du choléra, de la fièvre jaune, de la peste, etc., ou instruction physiologique sur les moyens à employer pour se garantir de ces affections, se tenir en santé, et prouver qu'elles ne sont pas contagieuses; par P. Boilley, D.-M. — Marseille, 1836, in-8°, de 40 pages, avec 2 planches. — Chez l'auteur.

Prix : 1 fr.

Cet ouvrage a été demandé par le ministre du commerce.

Mémoire concernant l'usage des pompes dans la pratique médicale et chirurgicale : par Ch. Hauff, docteur en médecine, ancien professeur à l'Université de Gand. — Paris, 1836, in-8°, de 208 pages, avec une planche gravée. — Librairie J. B. Baillière. Prix : 4 fr. 50.

Mémoire sur une nouvelle espèce de bandage a pelote médicamenteuse, pour la cure radicale des hernies; par Jalade-Lafond, docteur en médecine. — Sixième édition. — Paris, 1836, in-8°, de 40 pages. — Librairie de J. B. Baillière.

Dissertation sur le pied-bot; par Ch. Held, de Wissembourg, docteur en médecine. — Strasbourg, 1836, in-4°, de 76 pages, avec une planche. — Librairie Silbermann.

L'auteur de cette dissertation se prononce pour la section du tendon d'Achille.

Précis élémentaire de physiologie; par F. Magendie, membre de l'Institut. — 4e édition. — Paris, 1836, 2 volumes in-8°. — Librairie Mequignon-Marvis.

Prix : 17 fr.

Cette nouvelle édition n'est que la réimpression pure et simple de la troisième, qui a été détruite dans un incendie.

Manuel de médecine opératoire, fondée sur l'anatomie normale et l'anatomie pathologique; par J.-F. Malgaigne, chirurgien du bureau central des hôpitaux. — Deuxième édition. — Paris, 1836, in-18, de 782 pages. — Librairie de Germer Baillière. Prix : 6 fr.

Des rétentions d'urine. Critique raisonnée des divers traitemens qu'on a employés jusqu'à ce jour pour combattre les rétentions d'urine causées par les rétrécissemens organiques de l'urètre, suivie de la description d'une nouvelle méthode chirurgicale, appliquée à la guérison de cette maladie; par Perreve (de la Charité), docteur en médecine. — Paris, in-8°, de 64 pages.

Traité de chimie élémentaire théorique et pratique; suivi d'un essai sur la philosophie chimique, et d'un précis sur l'analyse; par L.-J. Thénard, membre de l'Institut. — Sixième édition, t. 5. — Paris, 1836, in-8°, de 574 pages. — Librairie Crochard.

L'ouvrage est actuellement complet, et se vend 38 fr.

Introduction a l'étude de l'anatomie, ou l'homme considéré en grand sous le rapport des appareils et des fonctions; par P. P. Broc, docteur en médecine, professeur d'anatomie et de physiologie. — Paris, 1836, in-8°, de 694 pages, avec un atlas in-4°, de 12 planches. — Librairie de Just Rouvier et Le Bouvier.

L'auteur donne une idée générale des grandes dispositions de l'organisation de l'homme, considéré sous le rapport des agens et des phénomènes, et termine par des considérations physiologiques et philosophiques sur l'entendement, sur les sens, les idées, les penchans, etc.

Leçons de clinique médicale, faites à l'Hôtel-Dieu de Paris, par le professeur Chomel, recueillies et publiées par A.-P. Requin, agrégé à la Faculté de médecine de Paris, médecin du bureau central des hôpitaux, etc., etc. — Tome 2. — Paris, 1836, 1 volume in-8°, de 524 pages. — Librairie de Germer Baillière.

Prix : 6 fr.

Ce volume traite du rhumatisme et de la goutte.

De la prostitution dans la ville de Paris, considérée sous le rapport de l'hygiène publique, de la morale et de l'administration, ouvrage appuyé de documens statistiques puisés dans les archives de la Préfecture de Police, avec cartes et tableaux; par A.-J.-B. Parent Duchatelet, membre du conseil de salubrité de la ville de Paris, de l'Académie de médecine, de la Légion-d'Honneur, médecin de l'hôpital de la Pitié.—2 volumes in-8° de 600 pages chacun (1). Prix : 16 fr.

Nous rendrons compte de cet important ouvrage dans notre prochain numéro.

Hygiène publique, ou Mémoires sur les questions les plus importantes de l'hygiène appliquée aux professions et aux travaux d'utilité publique; par A.-J.-B. Parent-Duchatelet.— 2 forts volumes in-8°, avec 18 planches. —Librairie de J.-B. Baillière. Prix : 16 fr.

Traité théorique et pratique des maladies vénériennes, comprenant l'examen des théories et des méthodes de traitement qui ont été adoptées dans ces maladies, et principalement la méthode thérapeutique employée à l'hôpital militaire d'instruction du Val-de-Grâce; par H.-M.-J. Desruelles, D.-M.P., chirurgien-major, professeur à l'hôpital du Val-de-Grâce, chargé du service des vénériens. — Paris, 1836, un fort volume in-8°.— Librairie de J.-B. Baillière. Prix : 8 fr.

Compte rendu sur le service des aliénés traités dans les hospices de Bicêtre et de la Salpêtrière, de 1825 à 1833; par M. Desportes, membre de la commission administrative chargée des hospices. — Paris, 1836.

Divisé en deux parties. — Première partie; divisée en 18 tableaux : 1° mouvement général des aliénés; — 2° mouvement particulier des épileptiques; — 3° aliénés entrés, sortis et décédés pendant les années 1825 à 1833, classés par mois d'admission; — 4° classement des aliénés restant le 31 décembre 1827, 1830 et 1833; — 5° aliénés entrés pendant les 9 années, classés par âge, avec la comparaison entre les admissions et les guérisons; — 6° mouvemens généraux avec les subdivisions; — 7° professions qu'exerçaient les aliénés; — 8° aliénés entrés pendant les 9 années, classés suivant leur état civil; — 9° aliénés admis par rechute; — 10° aliénés sortis et décédés, classés suivant la durée de leur séjour dans les établissemens; — 11° causes présumées de l'aliénation des malades admis pendant la période de neuf ans; — 12° nosographie des causes de décès; — 13° mouvement des aliénés payant pension; — 14° tableau indicatif des départemens autres que celui de la Seine, où habitaient les aliénés payant pension, restant les 31 décembre 1827, 1830 et 1833; — 15° tableau nominatif de MM. les médecins chargés du service des divisions d'aliénés des hospices de la vieillesse; — 16° mouvement particulier des employés et serviteurs, attachés aux divisions des aliénés des hospices de la vieillesse (hommes et femmes); — 17° tableau du métrage cubique des locaux affectés aux logemens des aliénés (hommes); — 18° tableau du métrage cubique des locaux affectés aux logemens des aliénées (femmes).

La seconde partie de ce travail est un exposé des résultats contenus dans les tableaux statistiques précédens.

Le règne animal distribué d'après son organisation; par G. Cuvier, membre de l'Institut. — Nouvelle édition, accompagnée de planches gravées, représentant le type de tous les genres, les caractères distinctifs des divers groupes, et les modifications de structure sur lesquelles repose cette classification. — Livraisons 1 à 10. — L'ouvrage complet aura 200 livraisons, in-8°, sur papier grand-jésus vélin, composées chacune de 16 pages de texte environ et 4 planches gravées avec leur explication; il en paraît une tous les 15 jours. — Paris, librairie Crochard et compagnie.

Prix de chaque livraison, figures noires : 2 fr. 25.
» » papier de Chine : 2 fr. 75.
» » figures coloriées : 4 fr. 50.

Eloge du baron Dupuytren; par E. Pariset, secrétaire perpétuel de l'Académie royale de médecine. — Librairie de J.-B. Baillière. Prix : 1 fr. 50.

Discours sur la vie de la femme, prononcé à l'ouverture du cours d'hygiène de la Faculté de médecine de Montpellier; par F. Ribes, professeur d'hygiène.—Montpellier, 1836, librairies Sevat et Castel.

L'onanisme : dissertation sur les maladies produites par la masturbation; par Tissot. — Nouvelle édition, annotée d'après les nouvelles observations des docteurs Gottlier, Vogel, Campé, etc., et revue par M. Valentin. — Paris, in-16, de 192 pages et 5 planches. Prix : 3 fr. 50

Mémoires et prix de l'Académie royale de chirurgie, nouvelle édition, revue avec le plus grand soin, et suivie de notes indiquant l'état actuel de la science; d'une revue biographique des auteurs, d'une table alphabétique des matières; et de l'indication des meilleurs ouvrages de chirurgie publiés sur chacune d'elles; par Fossone. — 12 volumes de texte, format in-8°, imprimés avec soin, et un atlas in-4° oblong.—Chez M. Fossone, rue des Poitevins, n° 12, à Paris.

Le premier volume est en vente. Prix broché 7 fr.

Méthode curative externe des douleurs rhumatismales, goutteuses, nerveuses, et des maladies résultant d'une altération de la circulation lymphatique. — Des viscéralgies, affections nerveuses des viscères, confondues avec les phlegmasies chroniques et les maladies organiques.—Diachirismos de médicamens simples pour le traitement des maladies; par le docteur C. J. B. Comet, chevalier de la Légion-d'Honneur, professeur d'anatomie physiologique, membre de l'ancienne Société royale académique des sciences de Paris, etc. — Quatrième édition, 1836, in-8°, de 104 pages. — Chez l'auteur, rue Neuve-des-Bons-Enfans, n° 17.

(1) Cet ouvrage a été réimprimé avec soin par l'établissement Encyclographique, en un beau volume grand in-8°, et est actuellement en vente.

SOCIÉTÉS SAVANTES.

ACADÉMIE ROYALE DES SCIENCES.

Acarus de la gale.—Ether mucique.—Eaux thermales de Luxeuil. — Monstruosité par inclusion.—Instrumens de lithotripsie.— Jambe artificielle mécanique. —Amidon.

Séance du 1er *août* 1836.

Acarus de la gale. — M. A. Gras, élève interne de l'hôpital Saint Louis, adresse quelques observations relatives à l'*acarus scabiei*, ou sarcopte de l'homme.

« Si l'existence de petits cirons, dit-il, à la surface de la peau des galeux n'est plus aujourd'hui l'objet d'aucun doute, il n'en est pas de même du rôle que l'on doit assigner à ces arachnides dans la production de la gale. Sont-ils cause ou effet ? Tel est le point d'étiologie médicale sur lequel les pathologistes ne sont pas d'accord, et qu'il faudrait éclaircir. »

Dans cette intention l'auteur communique les résultats suivans de quelques observations qu'il a eu occasion de faire :

« Le nombre des sarcoptes existant sur chaque galeux n'est, dit-il, nullement en rapport avec l'étendue et l'intensité de l'éruption psorique: la disproportion est extrême, puisqu'on ne rencontre quelquefois que cinq ou six de ces arachnides sur des personnes couvertes de vésicules, de pustules et de papules. Les recherches les plus minutieuses faites pendant la nuit et le jour m'ont convaincu que le nombre de sarcoptes existant sur le corps des malades est en général peu considérable. Cette remarque me porte à croire que ces animalcules produisent les diverses éruptions cutanées qui constituent la gale, non pas seulement par une action mécanique et localement irritante, mais encore d'une manière physiologique et vitale, au moyen d'une espèce de virus, en donnant toutefois à ce dernier mot un sens plus étendu qu'on ne lui donne ordinairement. Il y aurait peut-être un rapprochement à faire entre ce mode d'action et le développement des gales et autres excroissances à la surface des végétaux.

» Cette opinion me semble confirmée par les exemples constatés de rétrocessions des gales, par la persistance plus ou moins longue de l'éruption après la destruction du sarcopte, et enfin par le peu de fécondité de cet arachnide, opposée à l'énorme multiplication d'autres parasites, des *pédicules*, par exemple. Par une opposition remarquable, j'ai rencontré quelques galeux des mains desquels j'ai pu retirer une centaine de sarcoptes, et pourtant ces mêmes malades présentaient à peine quelques vésicules aux mains. »

Ether mucique. — M. Malagutti adresse une note détaillée sur la préparation et les propriétés de l'éther mucique, suivie de réflexions qui tendent à changer la formule adoptée pour l'acide mucique. En voici le résumé :

Cette substance s'obtient en traitant l'acide mucique par l'acide sulfurique, puis par l'alcool. En cherchant la formule de ce composé, M. Malagutti a trouvé :

1° Que la capacité de saturation généralement attribuée à l'acide mucique n'est pas exacte, et qu'elle doit être représentée par 8,644 au lieu de 7,57.

2° La formule qui représente généralement l'acide mucique est la formule de cet acide hydraté; quant à celui qui existe dans les sels il doit être représenté par C12H8O7.

3° L'éther mucique est un véritable éther composé du troisième genre, d'après la classification de M. Thénard; sa composition est analogue à celle des autres éthers composés d'oxacide.

4° Le mucate d'ammoniaque est un sel hydraté, et rentre dans la loi commune aux sels ammoniacaux.

Eaux thermales de Luxeuil.— M. Longchamp lit un mémoire sur les sources ferrugineuses de Luxeuil. Ces sources sont situées dans un vallon qui paraît avoir été autrefois un marais. Il y en a dix ou douze de thermales dont la plus chaude a une température de 52° 50 C., et la moins chaude 36° 50. Lorsque l'eau sort du sein de la terre elle est limpide, et ne présente aucune matière en suspension; mais quand elle a séjourné quelque temps dans le bassin où on la reçoit, elle est comme gélatineuse, présentant des particules d'un jaune pâle mêlé d'un peu de rouge, ce qui lui donne une teinte couleur de chair.

L'analyse d'un litre ou kilogramme de cette eau donne :

Eau de dissolution. . .	999,7640 grammes.
Muriate de soude. . .	0,0591
Sulfate de soude. . .	0,0125
Carbonate de chaux. .	0,1078
Silice.	0,0301
Oxide ferroso-ferrique .	0,0129
Matière organique. . .	0,0067
Sulfate de chaux. . .	Des traces.
Perte.	0,0069
	1000,0000

Le dépôt qui se forme au fond du bassin étant desséché, est jaune ocreux, il est soluble dans l'acide nitrique étendu d'eau, et laisse seulement indissoutes quelques parties de matière organique, en trop petite quantité pour être pondérables. L'acide oxalique étendu

d'eau exerce la même action sur ce dépôt, mais d'une manière très-prompte.

L'examen de la source de Luxeuil paraît à l'auteur jeter un grand jour sur l'origine des infusoires dont M. Brongniart annonçait dernièrement à l'Académie l'existence de squelettes, qui a été constatée par M. Ehrenberg : «Nous trouvons, dit-il, dans cette eau qui sort du sein de la terre, la matière organisante qui doit servir à la création des infusoires que renferme le fer limoneux ; cette matière n'entre pas pour 7 millimètres dans l'eau, mais elle forme environ le 1/35 des substances solides que contient cette eau. Ainsi, ajoute-t-il en terminant, il ne me paraît pas douteux que l'eau qui donne naissance au fer limoneux contient en même temps une matière organisante qui doit être l'origine des infusoires que les observations de M. Ehrenberg ont fait connaître.»

Monstruosité par inclusion.— Madame D.., d'un tempérament sanguin, d'une contitution forte, fut mariée à 20 ans. A 25 ans, elle mit au monde un premier enfant. Huit ans plus tard, elle devint de nouveau enceinte. Vers le second mois de cette deuxième grossesse, une tumeur se fit sentir à la région ombilicale. La grossesse parvint à ses périodes ordinaires, et la dame D.. mit au monde un enfant bien conformé. Quatre ans après, troisième grossesse fort régulière. Enfin après 4 ans encore, quatrième et dernier accouchement, le 22 août 1827. Puis les règles redevinrent régulières et abondantes jusqu'au 19 avril 1836, c'est à-dire 3 jours avant le décès.

A l'autopsie du cadavre faite 24 heures après la mort, voici ce que l'on observa :

« La tumeur dont il a été question, dit l'auteur, était placée immédiatement au-dessous de la grande courbure de l'estomac ; elle descendait vers la vessie dont elle était séparée par une autre tumeur infiniment plus petite. Cette grande tumeur ou kyste, aplatie d'avant en arrière, irrégulièrement arrondie, présentait à sa circonférence des bosselures plus ou moins volumineuses. Deux larges replis péritonéaux la fixaient de chaque côté à l'intestin grêle qu'elle écartait de sa position normale et dont elle se trouvait entourée. Cette tumeur devait peser de 10 à 12 livres, et sa plus grande circonférence avait de 12 à 14 pouces d'étendue. Cette masse énorme, appuyée sur la colonne vertébrale, comprimait l'aorte, la veine cave inférieure et les urètres ; elle ne jouissait que d'une mobilité assez bornée.

» La petite tumeur ou kyste inférieur était de la grosseur d'une poire d'hiver dont elle avait aussi la forme : elle recevait un mince repli du péritoine qui la fixait à la vessie ; elle était flottante dans l'espace qu'occupait cet organe, lequel était entièrement caché par elle.

» L'examen intérieur de ces deux kystes devait être des plus curieux : Le petit kyste, examiné le premier, contenait une matière stéatomateuse semblable à de la pulpe de pomme cuite pour la consistance et la couleur. Sa membrane externe était de nature séreuse et semblait formée aux dépens du péritoine, l'interne ressemblait à une muqueuse ramollie.

» Le grand kyste avait trois membranes, une séreuse externe, une fibreuse épaisse et une muqueuse interne. On voyait à sa surface un appareil artériel et veineux proportionné à son volume. Les bosselures de cette tumeur membraneuse étaient autant de cavités séparées qui furent ouvertes les unes après les autres. Dans l'une d'elles on trouva un énorme peloton de cheveux longs, minces, d'un blond un peu terne, unis entre eux par une matière grasse difficile à séparer. La seconde cavité était remplie de matière stéatomateuse, semblable à celle contenue dans la petite tumeur. Une troisième et et quatrième cellules contenaient cette même matière ainsi qu'une autre semblable à de l'huile figée. Toutes ces cellules ou cavités étaient séparées du sac principal par des cloisons membraneuses. L'ouverture de la grande tumeur donna issue à une grande quantité de matière inodore, purulente, crémeuse. Il sortit aussi spontanément par la même incision un deuxième peloton de cheveux, alongés comme les précédens, mais moins nombreux, ainsi que des fragmens osseux de cinq dents. Le grand kyste vidé, les parois en furent examinées ; minces à leur face antérieure, elles avaient quatre lignes d'épaisseur à la face postérieure. On décolla de ces deux parois une portion d'os très-curieuse qui y adhérait d'une manière intime ; c'est une partie de temporal dont la portion écailleuse et le rocher sont bien conservés. Le conduit auditif externe manque tandis que l'interne est intact. Ce qu'il offre de plus remarquable, c'est l'insertion de quatre dents, dont deux sont solidement implantées sur la face inférieure du rocher, une troisième s'est détachée au moment de l'extraction et a laissé à sa place une alvéole assez remarquable par sa profondeur. La quatrième est implantée sur le bord de cette portion d'os qui représente ici la portion écailleuse. Deux autres portions d'os, de forme irrégulière, se trouvaient logées dans une partie de la tumeur et s'y trouvaient fort gênées au milieu d'une substance fibreuse, jaune et dense. »

Dans une suite de réflexions sur cette observation, l'auteur s'attache à établir, par un examen approfondi des circonstances qui ont accompagné ce fait, qu'il ne doit pas être confondu avec la grossesse extra-utérine péritonéale.

« Pour prouver le défaut de similitude, dit-il, il me suffira de faire remarquer que la dame qui est le sujet de cette observation a toujours joui d'une bonne santé jusqu'à sa cinquantième année ; que sa dernière maladie n'a pas duré plus de trois mois ; qu'habituellement son teint et son embonpoint étaient l'emblême de la santé parfaite ; que son caractère était gai ; l'appétit excellent ; enfin que les règles ne furent supprimées qu'aux époques des grossesses, qui toutes avaient parcouru leurs périodes ordinaires et avaient été suivies d'un accouchement naturel et régulier.

» On doit donc ranger ce fait dans les monstruosités par inclusion et dans la classe intéressante des énadelphes qui n'ont pas toujours eu pour sujet des êtres du sexe féminin. »

Séances des 8, 16 et 22 août.

Lithotripsie. — M. Béniqué lit un mémoire sur la destruction mécanique de la pierre dans la vessie, au moyen d'un appareil de son invention.

Dans ce mémoire, l'auteur s'est proposé pour but de régulariser l'action du marteau employé pour détruire la pierre dans la lithotripsie ; de faire disparaître de cette opération chirurgicale des inconvéniens fort graves qui lui ont été reprochés à juste titre ; de multiplier le nombre des cas dans lesquels elle est applicable ; de la rendre plus rapide ; enfin de la vulgariser en la mettant à la portée de quiconque sait introduire une sonde dans la vessie.

En voici une analyse rédigée par lui-même :

« L'objection la plus sérieuse que l'on ait faite à la lithotripsie, est tirée du danger de briser les instrumens dans la vessie. Afin de prévenir cet accident, je substitue à l'action de la main, pour mouvoir le marteau, une force que l'on peut modérer avec précision : un long ressort de pendule renfermé dans un bariller. Un dynamomètre permet d'apprécier avec exactitude la valeur des coups frappés. J'analyse ensuite les différens phénomènes qui accompagnent le choc d'un marteau sur un corps. J'en déduis cette conséquence, que le meilleur mode de frapper est celui qui, pour chaque degré du dynamomètre, produira dans le calcul le plus grand nombre de vibrations. Le nombre des vibrations est proportionné à la rapidité avec laquelle les coups se succèdent. C'est pourquoi je mets le ressort en jeu au moyen d'une manivelle. A chaque tour qu'elle fait, le marteau frappe deux coup ; on peut donc les précipiter à volonté. Suit, dans le mémoire, le détail du procédé opératoire que j'ai combiné de manière à ce qu'il satisfît à toutes les conditions qui m'ont paru nécessaires pour donner un coup de marteau parfait.

» Les avantages qui me paraissent résulter de cette disposition sont les suivans :

» 1° Avant d'opérer avec un instrument d'un diamètre donné, on déterminera par le dynamomètre la limite que ne doit pas dépasser la force du marteau. Si l'on approche de celle-ci sans que le calcul cède, on arrêtera l'opération. Le danger de briser les instrumens devient donc infiniment petit, pour ne pas dire nul.

» 2° Le chirurgien n'a plus à donner les coups de martau. Il n'y a donc plus d'hésitation, de perte de temps pour les ajuster ; l'opération est donc plus rapide, non-seulement parce que les coups se succèdent promptement, mais aussi parce qu'ils ne perdent rien de leur force, tombant tous d'aplomb. Un marteau pèse 3 onces. Il a 11 lignes de diamètre à sa base ; le coup marque 22 livres au dynamomètre. Si le martean est dévié ; si le côté et non le centre du cercle frappe sur le dynamomètre, il y a perte de 10 livres. Cette perte est beaucoup plus grande si le manche du marteau peut tourner sur son axe comme lorsqu'il est tenu dans la main.

» 3° Puisque la rapidité des coups contribue puissamment à la destruction de la pierre, il est évident, que, par le procédé ci-dessus, on brisera des calculs qui résisteraient à la percussion manuelle : j'ai brisé de la pierre de Volvic avec un instrument de 3 lignes et demie.

» 4° Enfin, la pratique de l'opération devient plus facile, puisqu'elle se réduit à reconnaître et à saisir la pierre.

» Cet appareil instrumental ajoute donc à la lithotripsie sûreté, rapidité, puissance, facilité. »

(Le mémoire et l'instrument de M. Béniqué seront examinés par MM. Dulong, Savart et Breschet.)

— M. Larrey lit en son nom et celui de M. Roux un rapport sur un instrument lithotriteur à écrous brisés, ou articulés, qui a été présenté par M. Leroy d'Étioles, et sur une réclamation de priorité faite à ce sujet par M. Civiale.

Le lithotriteur présenté par M. Leroy n'est autre chose que l'instrument de Jacobson, auquel a été faite l'addition de deux écrous brisés mis en jeu par un mécanisme très-simple, et facile à mettre en mouvement, à l'aide duquel on augmente la rapidité de la manœuvre de l'opérateur.

Quoique cette idée ajoute très-peu de chose à l'idée de l'inventeur, nous avons examiné avec soin, dit le rapporteur, les mémoires adressés par les deux réclamans, et il en est résulté la présomption que ces deux lithotristes ont eu la même idée, et l'ont mise à exécution, en même temps chacun de leur côté, sans avoir eu connaissance ni l'un ni l'autre de leurs propres instrumens.

Conformément aux conclusions de ce rapport, l'Académie accorde son approbation à l'instrument ainsi modifié.

— Au nom des mêmes commissaires, il est donné lecture d'un rapport sur une autre notice de M. Leroy d'Étioles, ayant pour objet l'extraction plus ou moins prompte et facile des fragmens de calculs qui, dans quelques circonstances, s'arrêtent dans le canal de l'urètre après la lithotritie, surtout lorsque l'opération est pratiquée avec les instrumens percuteurs ou constricteurs.

Les perfectionnemens apportés par M. Leroy consistent :

1° A rendre la curette, usitée parmi tous les praticiens, flexible par une articulation *gynclyncoïde*, qui permet, à l'aide d'un petit ressort, de rabattre cette curette sur le calcul, lorsqu'il a été dépassé, et de le rendre immobile dans le point du canal où il est arrêté ;

2° A faire couler sur la tige de cette curette une petite pince à trois branches armée d'un foret proportionné pour en opérer le broiement.

C'est assurément, dit le rapport, le dernier degré de perfectionnement apporté à cette branche de la lithotritie.

D'après les conclusions du rapport, l'Académie donne son approbation à ces perfectionnemens.

— M. Leroy d'Étioles adresse un appareil à percussion qu'il a inventé il y a deux ans dans le but de

régulariser la percussion dans l'opération de la lithotripsie.

« Comme M. Béniqué, écrit-il, je m'étais proposé de proportionner la force du choc à la résistance connue du brise-pierre ; mais sous d'autres rapports, il existe entre les deux procédés de notables différences : dans l'instrument de M. Béniqué, tout est immobile, brise-pierre et marteau ; dans le mien, au contraire, tout est libre ; le brise-pierre n'a plus besoin d'être mis à l'étau, car le mécanisme percutant s'adapte au brise-pierre et prend son point d'appui sur lui. »

Cet instrument est renvoyé à l'examen de la commission nommée pour le mémoire de M. Béniqué précité.

Séance du 29.

Jambe artificielle mécanique. — M. F. Martin soumet à l'examen de l'Académie une jambe artificielle dont le mécanisme repose sur de nouveaux principes, et à l'aide desquels, dit-il, les malades amputés à la partie inférieure de la jambe, peuvent marcher, s'asseoir, monter et descendre avec presqu'autant de facilité que s'ils avaient leur membre naturel.

Amidon. — M. Payen lit un mémoire sur l'amidon, dans lequel il rend compte des recherches récentes qu'il a faites et dont il expose ainsi les résultats :

« L'amidon extrait des racines, des tiges et des graines de diverses plantes, quelque variées que soient les formes et dimensions, quelque différens que soient les degrés d'une agrégation dépendante de l'âge de cette substance organique et de la végétation de la plante qui l'a sécrétée, l'amidon a toujours la même composition chimique représentée par la formule $C^{12} H^{10} O^{5}$.

» Les particules de l'amidon plus ou moins altérées dans leur agrégation par suite de nombreuses transformations artificielles, conservent leur composition chimique, en sorte que les divers produits ainsi obtenus rentrent dans la même formule lorsque l'on a éliminé quelques matières étrangères.

» La dissolution complète de l'amidon, ou sa conversion en dextrine, soit par la diastase, soit par l'acide sulfurique, soit par la soude ou la potasse, agens si dissemblables entre eux, modifie encore plus fortement ses propriétés physiques, sans altérer cependant sa composition élémentaire. L'observation d'un pouvoir élémentaire constant sur la lumière polarisée s'accorde avec toutes les expériences sur les propriétés et la composition chimique de l'amidon, pour démontrer l'identité d'un même corps organique sous des formes différentes ; stabilité d'autant plus remarquable, que l'instabilité dans l'agrégation de ses parties aurait pu conduire à supposer un grand nombre de cas d'isomérie, là où ne se trouvent en réalité que des changemens de forme. »

Ce mémoire est renvoyé à l'examen de MM. Thenard, Dulong et Dumas.

— M. Gerdy lit la première partie d'un mémoire intitulé : *Recherches anatomiques sur l'encéphale.* Nous en rendrons compte au sujet d'un autre mémoire que l'auteur doit lire et qui est relatif à ce sujet.

(*Extr. de la Revue Médicale*).

ACADÉMIE ROYALE DE MÉDECINE.

—

Séance du 31 *août* 1836.

M. Gérardin, en son nom et au nom de MM. Desgenettes et Kéraudren, fait un rapport sur un mémoire topographique tendant à prouver l'insalubrité du climat d'Alger et de ses environs ; par M. Bonnafont, docteur en médecine, et démonstrateur à l'hôpital d'Alger.

Conclusions : 1° D'adresser des remerciemens à M. Bonnafont ; 2° de l'engager à continuer son travail sur la topographie médicale d'Alger ; 3° de déposer honorablement son mémoire dans les archives de l'Académie, et d'inscrire son nom sur la première liste des candidats aux places de correspondans.

M. Esquirol considère cette topographie comme très-importante, et demande le renvoi au comité de publication.

Après une discussion peu importante, cette demande, mise au voix, est adoptée.

— M. Cullerier (M. Thyllaie) fait un rapport sur un fauteuil-lit destiné à rendre plus facile l'emploi du *speculum uteri*, présenté par M. H. Pottet, étudiant en médecine à Paris.

Les conclusions, adoptées après une légère discussion, sont d'accueillir favorablement cette communication, et d'adresser des remerciemens à l'auteur.

— M. Londe lit les nouvelles conclusions qui doivent être adressées au ministre, au sujet de la demande de M. Maisonnabe ; elles sont ainsi conçues : La commission propose de répondre à M. le ministre qu'il n'y a aucun motif pour accorder à M. Maisonnabe, plutôt qu'à tout autre médecin, le privilége qu'il sollicite. (Adopté.)

— M. Ginelle (Gérardin et Renoult) fait un rapport sur un mémoire sur le choléra-morbus, suivi : 1° de la description avec modèle d'un nouveau bandage à extension continuelle pour les fractures de la cuisse ; 2° d'un procédé très-simple pour la réduction des luxations scapulo-humérales, appuyé de quelques observations ; 3° d'un procédé trouvé par l'auteur pour passer un séton, avec le précis de l'observation qui a nécessité cette opération ; par M. Thomas Fabien, D.-M.

Conclusions : Remercier l'auteur, envoyer son manuscrit aux archives, porter son nom sur la liste des candidats comme correspondant.

— M. Lodibert fait un rapport défavorable sur un remède secret.

— M. Montain, professeur à l'école secondaire de Lyon, lit un mémoire sur la déchirure de la cloison recto-vaginale, et sur un nouveau moyen de réunion. (M. Blandin, rapporteur.)

— L'Académie vote au scrutin la nomination d'une commission qui doit décider dans quelle section se fera le choix d'un membre résident. Le dépouillement du scrutin donne les noms suivans : MM. Castel, Bailly,

Renauldin, Bourriat, Husson, Civiale, Baudelocque, Guéneau de Mussy, Dupuy, Reveillé-Parise, Honoré.

— On passe ensuite au scrutin pour la nomination d'une autre commission qui doit présenter les candidats aux places de membres correspondans : cette commission se composera de MM. Double, Delens, Villeneuve, Bousquet, Renauldin, Dizé, Lisfrane.

— M. Roux, de Brignolles, lit un mémoire sur différens points de chirurgie. (Nous en parlerons à l'occasion du rapport.)

Séance du 6 septembre.

Présidence de M. Louyer-Willermay.

Correspondance officielle.

1° Lettre de M. le ministre de l'instruction publique, annonçant qu'il tient à la disposition de l'Académie les thèses de MM. Breschet, Bérard, Laurent et Chassaignac, toutes présentées au concours pour la chaire d'anatomie.

2° Lettre de M. le ministre du commerce, avec envoi d'une note de M. le docteur Costallat, lequel propose de former dans nos possessions d'Afrique un établissement destiné à recevoir des phthisiques. (Commissaires, MM. Andral et Louis.)

3° Etat des vaccinations de la Seine-Inférieure, du Bas-Rhin, de Maine-et-Loire et de la Vienne. (Renvoyé à la commission de vaccine.)

Correspondance manuscrite.

1° Mémoire sur une *association* apportée au stéthoscope par M. le docteur Vallez. L'objet de cette *association* est le thermomètre centigrade. (Commissaire, M. Piorry.)

2° Nouveaux procédés de chirurgie, par M. Barthélemy, chirurgien aide-major à l'hôpital du Gros-Caillou. (Commissaires, MM. Poirson et Gimelle.)

3° Lettre de M. Lafargue, contenant quelques réflexions sur les moyens d'empêcher l'introduction de l'air dans les veines pendant les opérations chirurgicales qui se pratiquent au cou. (Commissaire, M. Hervez de Chégoin.)

4° Deux observations de M. Caron du Villards, l'une de caratacte par broiement et absorption sans déplacement l'autre d'un anévryme variqueux énorme, suite d'une saignée, et guéri par le procédé de Hunter. (Commissaires, MM. Sanson et Roux.)

De la coïncidence de l'apoplexie avec l'hypertrophie du Ventricule gauche du cœur; par M. Vassal. — Rapport de M. Bouillaud.

Le mémoire de M. Vassal ne contient qu'une seule observation, de laquelle il tire huit conclusions : 1° que l'hypertrophie du ventricule gauche est le résultat des contractions réitérées et anormales de ses parois; 2° que cette altération a deux périodes caractérisées par des phénomènes distincts; 3° que l'hypertrophie du ventricule gauche peut déterminer des hémorrhagies cérébrales chez les sujets affaiblis; 4° qu'elle provoque souvent l'apoplexie chez les orateurs et les auteurs; 5° qu'elle est sans influence sur les individus jeunes et robustes; 6° que la phlébotomie ne saurait diminuer ni la force, ni la fréquence des contractions du cœur, et qu'elle est plus nuisible qu'utile; 7° chaque période de l'hypertrophie a son traitement; 8° la coïncidence de l'apoplexie avec l'hypertophie du ventricule gauche ne suppose pas toujours une relation de cause à effets.

M. le rapporteur regrette de ne pouvoir partager en en tous points les opinions de M. Vassal : il doute même de la réalité de la maladie qu'il attribue à son malade, ou du moins il penche à croire qu'il y avait avec l'hypertrophie une grave lésion de la membrane interne du cœur et des valvules, lésion bien plus redoutable que l'épaississement des parois de cet organe.

En acceptant l'observation de M. Vassal pour ce qu'il la donne, M. le rapporteur se demande la part que l'hypertrophie prend aux hémorrhagies cérébrales; il la croit très-grande, cette part beaucoup plus grande que ne semble le croire M. Vassal, puisqu'il y apporte des restrictions indiquées dans sa troisième conclusion. Mais ce n'est pas la seule condition qui favorise l'apoplexie : M. Bouillaud en reconnaît une autre dans l'état crétacé des artères, état qui les rend friables et cassantes. Ainsi, d'une part, excès d'impulsion du ventricule, et de l'autre, résistance moindre des vaisseaux. Connaît-on un état, une disposition plus favorable aux hémorrhagies cérébrales?

M. Rochoux n'est pas du sentiment de M. Bouillaud : il ne croit pas que l'hypertrophie du cœur influe sur la formation de l'apoplexie, mais il entend ce mot autrement que son confrère. Il réserve le nom d'apoplexie aux seules hémorragies par rupture cérébrale. Les hémorrhagies par rupture d'artères ne sont pas pour lui des apoplexies.

M. Bouillaud se félicite d'avoir posé assez nettement la question pour avoir contraint M. Rochoux à une explication telle, qu'il doit être évident pour tout le monde qu'il n'y a plus entre eux d'autre dissidence que dans les mots. Ils ne parlent pas la même langue, sans cela ils s'entendraient parfaitement. Toutefois, M. Bouillaud ajoute que M. Rochoux ne parle ni la langue de Morgagni, ni celle de M. Serres, etc., il s'est fait un dictionnaire à part.

M. Piorry insiste sur cette confusion de mots, en et déduit la nécessité de réformer la nomenclature médicale : il propose, par exemple, de substituer le mot *encéphalorrhagie* à celui d'apoplexie.

M. Bouillaud trouve ce mot vague, impropre, en ce qu'il ne désigne pas plus un épanchement de sang qu'un épanchement de sérosité ou de tout autre liquide.

M. Piorry fait observer que la désidence du mot *encéphalorrhagie* indique tout de suite une perte de sang; c'est un effet de l'usage, le meilleur de tous les maîtres en fait de langues. Au surplus, on préviendrait toutes les objections en faisant précéder cette dénomination de cette autre : *hémo*, et alors on aurait *hémo-*

encéphalorrhagie, (*Quelques voix* : Eh ! dites tout bonnement *apoplexie*.)

Le rapport, mis aux voix, est adopté.

Au nom de la commission des remèdes secrets, M. Martin-Solon lit plusieurs rapports dits des remèdes secrets. Les rapports sont adoptés, les remèdes rejetés.

Mémoire sur la lithotripsie ; par M. le docteur Béniqué, ancien élève de l'Ecole Polytechnique.

L'occasion de ce travail est née du désir de répondre à quelques objections, et notamment au reproche fait à la lithotripsie, et malheureusement autorisé par quelques exemples, le danger de fausser ou de briser les instrumens dans la vessie.

Du reste, il ne s'agit ni de la valeur de cette méthode, ni de sa prééminence sur la taille ; l'auteur l'accepte comme un excellent procédé, et recherche uniquement les élémens qui concourent aux résultats qu'il se promet.

La percussion est très-préférable à la pression : elle expose beaucoup moins à l'accident dont il vient d'être parlé. Mais pour frapper il faut un marteau. Après une exposition claire et lumineuse de quelques principes de physique, M. Béniqué conclut que les petits marteaux valent mieux que les gros : 1° parce qu'ils brisent plus aisément la pierre ; 2. parce qu'ils protégent les instrumens ; 3° parce qu'ils divisent le calcul en un plus grand nombre de fragmens ; 4. parce qu'ils projettent les éclats avec moins de violence. Il propose des marteaux du poids d'une once comme les plus avantageux, même pour frapper sur de gros instrumens. Néanmoins, si l'on avait affaire à une pierre très-dure, on pourrait aller jusqu'aux deux onces, mais jamais au-delà.

Le manche du marteau n'est pas une chose indifférente. Si, comme on n'en saurait douter, les vibrations sont les élémens les plus propres à favoriser la division de ces pierres, il faut nécessairement renoncer aux manches de fer. Tout le monde voit qu'un manche de métal, servant de conducteur aux vibrations, celles-ci ne pourront se concentrer sur le corps frappé. La baleine est la substance que préfère M. Béniqué, et cela à cause de son élasticité.

Mais il est très-difficile de frapper des coups bien précis avec de très-petits marteaux tenus à la main ; cette raison et la crainte de briser les instrumens qui ne quitte pas M. Béniqué, lui ont fait chercher un autre moteur. Il a fait choix d'un long ressort de pendule monté sur un arbre auquel s'adapte une clef.

Le ressort est renfermé dans un barillet de deux pouces de diamètre, et c'est à ce dernier qu'est fixé le manche du marteau. On peut rapidement changer de manche et de marteau.

Disons maintenant comment le ressort, et par conséquent le marteau, est mis en mouvement.

Il était important que les choses pussent se succéder très-rapidement, et comme les mouvemens contraires sont ceux dans lesquels on perd le moins de temps, voici le procédé auquel il s'est arrêté.

Le barillet porte perpendiculairement à son plan latéral une saillie carrée en acier trempé ; un plateau circulaire est fixé parallèlement au barillet sur un axe autour duquel une manivelle lui imprime un mouvement de rotation.

Deux petites palettes sont placées sur le plateau, perpendiculairement à son plan, sur la face qui regarde le barillet.

Qu'arrivera-t-il quand on fera tourner le plateau ? les palettes rencontreront la saillie du barillet.

Si l'axe du plateau était le même que celui du barillet, celui-ci tournerait indéfiniment avec le plateau.

Mais ces deux axes sont distans de 6 lignes. La petite saillie est rencontrée et emmenée par la palette ; elle glisse sur elle, puis elle échappe brusquement. En ce moment le barillet reprend sa place et le marteau frappe son coup. Il y a deux palettes, le marteau frappera donc deux coups à chaque tour de la manivelle.

On peut donc, dans un temps limité, frapper un nombre considérable de coups, jusqu'à 400 par minute.

Il pourrait être utile d'élever plus ou moins le marteau avant de le laisser retomber. C'est ce que permet un mécanisme fort simple.

La petite saillie carrée est rapprochée ou éloignée du centre du barillet, selon le sens dans lequel on pousse un bouton. Dans le premier cas, le marteau s'élève plus haut et frappe plus fort ; dans le second cas, sa course est raccourcie et l'énergie du coup diminuée.

L'opérateur a donc à sa disposition deux moyens à l'aide desquels il peut, sans interrompre l'action du marteau, faire varier la force des coups. Pendant qu'une main tourne la manivelle, l'autre peut aisément mouvoir la clef ou le bouton. Cette dernière action est aussi rapide que la pensée. Enfin pour que le coup de marteau fût parfait, il fallait, comme je l'ai dit encore, que celui-ci fût relevé immédiatement après le choc, autrement son contact avec le percuteur aurait arrêté les vibrations.

Au barillet est ajustée une plaque qui arrête sa course. Cette plaque est mobile. Lorsque l'on tourne une vis, le marteau, à l'état de repos, s'éloigne plus ou moins du corps sur lequel il doit frapper.

Alors il ne peut atteindre le percuteur qu'autant que le ressort, au moment de l'échappement, lui imprime assez de force pour fléchir le manche de baleine.

Cette flexion dépense une partie de la force du coup ; mais le marteau est relevé avec une énergie proportionnée à sa dépense, c'est-à-dire à la distance qui, dans l'état de repos, sépare le marteau du point sur lequel il doit frapper.

Si l'on avait pris une simple tige pour fixer le percuteur à l'appareil, chaque coup de marteau aurait produit dans cette tige des flexions par l'effet desquelles le calcul aurait éprouvé dans la vessie des déplacemens nuisibles.

Ici c'est au sommet d'un triangle que s'adapte le percuteur. Le coup est toujours soutenu par un arc-boutant ; et si l'on place une règle verticale derrière le calcul, à une demi-ligne de distance de la branche femelle du

percuteur, elle ne sera jamais atteinte par celui-ci pendant les coups de marteau. Le déplacement est donc presque nul.

Quant au percuteur, il est réduit à une simplicité qui compense en partie la complication de l'appareil que je viens de décrire. Il ne diffère d'un cathéter ordinaire que par la forme de sa courbure. Dès que la pierre est saisie par lui, une main le tient immobile dans la position qui place le calcul aussi près que possible du centre de la vessie.

Aussitôt l'autre main approche tout l'appareil, qui vient avec la plus grande facilité saisir le percuteur. Une vis les unit . une autre vis fixe l'appareil.

Je n'entrerai point dans le détail de ce mécanisme; je me bornerai à dire que la mobilité résulte du jeu d'une sphère d'acier renfermée entre deux cuillers de fer.

Enfin, deux petits ressorts placés dans l'intérieur de l'appareil rapprochent l'une de l'autre les deux branches du percuteur entre lesquelles la pierre est saisie.

Par excès de prudence, on peut, avant le rapprochement complet, interposer les doigts entre ces deux parties du brise-pierre.

A peine est-il nécessaire de dire qu'un dynamomètre s'adapte avec la plus grande facilité à la place du percuteur, et donne une mesure très-précise de la force des coups qui seront frappés.

Voici les conclusions de l'auteur :

« L'application du dynamomètre aux instrumens destinés à briser la pierre, soit par percussion, soit par pression, fait disparaître de la lithotripsie le danger de les fausser ou de les rompre dans la vessie.

« La percussion doit être exécutée avec un marteau d'une très-petite masse, pesant habituellement d'une demi-once à une once.

« Par le procédé qui vient d'être décrit, on brise aisément, avec des instrumens de moins de deux lignes de diamètre, des pierres d'une extrême résistance, telles que marbre blanc des Pyrénées, etc.

» La destruction est rapide, puisque le marteau peut frapper 400 coups par minute.

» Elle a lieu suivant le mode le plus convenable, la légèreté du marteau contribuant à réduire le calcul en un grand nombre de fragmens projetés avec peu de force.

» Enfin, la méthode que je propose est incontestablement celle qui permet d'employer, avec le plus d'avantage et le moins de danger, les instrumens d'un très-petit diamètre. »

Cette lecture terminée, M. Thomson en commence une autre sur l'anatomie du bas-ventre et des hernies ; l'heure avancée en fait remettre la suite à la séance prochaine.

Séance du 13 septembre.

Présidence de M. Louyer-Willermay.

Correspondance officielle.

1° Lettre de M. le ministre de l'instruction publique.

Un pharmacien de l'école de Paris, M. Galey, croit avoir trouvé un moyen de guérir la morve des chevaux. Il en a instruit M. le ministre de la guerre, qui s'est empressé de nommer une commission composée d'un lieutenant-général, d'un colonel, d'un sous-intendant, d'un médecin-vétérinaire et d'un membre de l'Institut. Cette commission en demande une autre, afin de constater les expériences à faire et d'en vérifier les résultats. M. le ministre de la guerre a transmis ce vœu à son collègue de l'instruction publique, lequel prie l'Académie de lui désigner un de ses membres pour faire partie de la seconde commission. L'Académie a nommé M. Dupuy, ex-directeur de l'école vétérinaire de Toulouse.

2° Supplément aux vaccinations de la Haute-Garonne.

3° Supplément aux vaccinations de la Loire-Inférieure.

4° Supplément aux vaccinations de Saône-et-Loire.

5° État des vaccinations de la Somme.

6° État des vaccinations des Pyrénées-Orientales.

Correspondance manuscrite.

1° Lettre de M. le docteur Vallat : demande le titre de membre correspondant, et produit ses titres à l'appui.

2° Lettre de M. Boutigny : même objet.

3° Lettre de M. Benardate, avec envoi d'un paquet cacheté contenant la recette d'un remède auquel il attribue la propriété de faire pousser les cheveux.

Anatomie du bas-ventre. — Lecture de M. Thomson.

M. Thomson reprend la lecture commencée dans la séance précédente ; l'objet de cette lecture est l'anatomie du bas-ventre considérée en vue de guérir les hernies.

L'auteur annonce que, s'occupant depuis six ans du même objet, il croit avoir sur la structure du bas-ventre des notions plus saines et plus complètes que celles qu'on trouve dans les livres ou qui circulent dans les amphithéâtres.

Voici quelques-uns des résultats auxquels M. Thomson est arrivé.

A. Toute hernie inguinale interne contenue dans le canal inguinal aura, selon M. Thomson, six lames pour enveloppes tégumentaires.

1° La peau ; 2° le tissu cellulaire sous-cutané ; 3° la lame commune du fascia superficiel ; 4° la portion abdominale de la lame profonde du fascia superficiel de la cuisse ; 5° le dartos ; 6° la lame profonde du fascia superficiel de l'abdomen.

B. Toute hernie inguinale interne ou externe et scrotale aura pour enveloppes tégumenteuses cinq lames, savoir : 1° la peau ; 2° le tissu cellulaire graisseux sous-

cutané ; 3. la lame commune du fascia superficiel ; 4. le dartos ; 5. la lame profonde du fascia superficiel du ventre.

C. Toute hernie ombilicale aura pour enveloppes tégumentaires quatre lames : 1° la peau ; 2° le tissu cellulaire graisseux sous-cutané ; 3° la lame commune du fascia superficiel ; 4° la lame profonde du fascia superficiel du ventre.

D. Toute hernie crurale aura pour enveloppes tégumentaires six lames ou couches, savoir : 1° la peau ; 2° le tissu cellulaire graisseux sous-cutané ; 3. la lame commune du fascia superficiel de la cuisse ; 4° les ganglions lymphatiques superficiels de l'aîne avec leurs vaisseaux de communication et la graisse qui s'y trouve entremêlée ; 5° le dartos ; 6° la portion fémorale de la lame profonde du fascia superficiel de l'abdomen.

Ces couches se trouvent dans la dissection des hernies ; c'est à tort qu'elles ont été regardées jusqu'ici comme le résultat des tractions ou des pressions exercées sur du tissu cellulaire lamelleux par les tumeurs herniaires

Quelque intéressante que soit cette lecture, elle paraît peu académique à quelques membres, qui demandent que le travail de M. Thomson soit renvoyé à des commissaires ; d'autres voudraient seulement qu'elle fût fractionnée et distribuée en plusieurs séances. Cette proposition est adoptée.

Scie à molettes de M. le docteur Martin. — Rapport de MM. Duval, Thillaye et Oudet.

De tous les instrumens dont on se sert pour la résection des os, la scie ordinaire est certainement le plus simple et le plus facile à manier ; mais il est en chirurgie mille cas où l'on n'en peut faire usage. C'est cette impossibilité qui a fait inventer les scies à chaînettes, et enfin les scies à molettes. Mais ces scies elles-mêmes ne se prêtaient pas toujours aux volontés des chirurgiens.

Dans les premiers mois de 1835, un malade entra à l'hôpital Beaujon, dans la salle de M. Blandin, pour des exostoses éburnées d'un volume énorme qu'il portait à la face. Elles étaient semées, les unes sur le corps et les branches de la mâchoire inférieure, les autres dans l'espace qui sépare l'apophyse montante de l'os maxillaire supérieur et sa portion malaire. Ces dernières, quoique moins volumineuses que les précédentes, dépassaient le niveau du nez et refoulaient l'œil vers le haut de la cavité orbitaire. Ces diverses tumeurs avaient déjà été attaquées, il y a environ quinze ans, par un de nos honorables collègues, qui, ne trouvant pas dans les ostéotomes alors mis en usage le moyen de les enlever complètement, avait été forcé d'en laisser subsister une partie. M. Blandin cependant se décida pour une nouvelle opération. Mais par quel instrument parvenir à emporter dans leur totalité ces masses compactes ? La scie de M. Heine et celle de MM. Thomson et Charrière ne pouvaient évidemment convenir ; car ces scies, n'agissant que dans une direction droite et opérant une section planiforme, il était de toute impossibilité qu'elles enlevassent ces tumeurs situées dans les sillons latéraux du nez et qu'elles s'accommodassent à la concavité de cette région. M. Blandin fit part de ces difficultés à M. Martin, qui conçut et fit, d'après divers essais, exécuter l'instrument dont nous allons donner la description. La première indication que M. Martin avait à remplir était de pouvoir, avec son instrument, pratiquer une section sur des parties qui, dans l'état normal, présentent une concavité ; pour cela il fit d'abord construire une molette convexe représentant un segment de sphère creuse, et la fit monter sur un touret en l'air, à l'instar d'un pédicule de champignon, auquel cette extrémité de l'instrument ressemble dans son ensemble. Un vilbrequin fut adapté à l'extrémité opposée de l'instrument, et c'est par là que le mouvement devait être communiqué à la molette. Le premier essai qui fut fait sur le cadavre répondit entièrement à son attente, et dès lors M. Martin fut convaincu de la possibilité d'obtenir une section de forme concave. Il ne s'agissait plus que de donner à cet instrument un perfectionnement qui en facilitât le mouvement et en assurât l'action.

Ce perfectionnement consistait à rendre indépendante l'une de l'autre la part d'action du chirurgien et de l'aide. Pour cela, M. Martin n'a eu qu'à briser la tige centrale du touret et à articuler les deux extrémités de cette brisure à la manière de la suspension de la lampe de Cardan ou des horloges marines.

M. Velpeau a employé plusieurs fois la scie à molettes de M. Martin, et il n'a eu qu'à s'en féliciter. Avec elle, on se dispense de reséquer les extrémités des os, opération dangereuse, et qui, dans les cas les plus heureux, coûtait toujours une difformité aux malades. La première fois qu'il en a fait usage, c'est dans une carie de la malléole externe, carie si profonde, que très-probablement il eût fallu en venir à l'amputation : la scie de M. Martin permet d'attaquer la carie, d'exciser les os et de s'arrêter quand on veut. La chose est d'autant plus facile, que celui qui dirige la scie n'est pas celui qui la met en mouvement. Ce sont deux actions parfaitement distinctes, dont l'une regarde le chirurgien et l'autre son aide.

M. Blandin fortifie par de nouvelles observations tout ce que vient de dire M. Velpeau.

Rapport sur l'eau de Grasville, destinée à alimenter le Havre, par M. Boulay.

M. le ministre de commerce ayant consulté l'Académie sur la qualité des eaux de Grasville, l'Académie s'est déchargée de sa mission sur la commission des eaux minérales.

Après avoir attentivement examiné les échantillons qui lui ont été transmis, après en avoir fait l'analyse, la commission est d'avis :

1° Que l'eau de Grasville doit être considérée comme potable et d'assez bonne qualité ; elle n'atteint pas toutefois la pureté de l'eau de la Seine ; mais elle est très-analogue à l'eau d'Arcueil, et supérieure à beaucoup d'autres dont on use habituellement.

2° Qu'il eût été très-important de faire coopérer cette source avec les eaux anciennes du Havre, et surtout avec celles de *Rouelle*, qui viennent, concurremment avec elles, apporter l'abondance dans une ville qui en avait un puissant besoin.

3° Enfin, que l'eau de la source de Grasville dirigée sur le Havre, dont le développement est si rapide, et dont les besoins augmentent chaque jour en raison de l'accroissement de la richesse, est un immense bienfait, qui doit être accueilli par les habitans et encouragé par le gouvernement.

Déviation de l'épine. — Communication verbale de M. Bouvier.

M. Bouvier présente la colonne vertébrale d'un enfant rachitique, âgé de vingt-six mois, qui portait une déviation simple de l'épine, à convexité gauche, avec gibbosité costale située du même côté.

La région cervicale a la direction ordinaire. Les premières vertèbres dorsales décrivent une courbe légère, à convexité droite, dont le centre répond à la cinquième. A partir de la sixième dorsale, la colonne se déjette fortement à gauche; elle revient à droite au-delà de la neuvième, en formant ainsi un coude très-prononcé, à convexité gauche, qui a cette vertèbre pour centre. Elle continue, depuis la onzième, à descendre obliquement à droite jusqu'au sacrum. Il résulte de là que la colonne s'incline successivement dans deux sens opposés; elle penche à gauche dans sa portion inférieure ou lombaire, et à droite dans sa région supérieure ou dorsale. Ces deux inclinaisons se balancent réciproquement, de manière que le haut de la colonne reste situé dans la ligne verticale de gravité. Les huitième, neuvième et dixième dorsales sont notablement amincies à droite.

Outre ces déviations dans le sens latéral, la douzième dorsale, les première et deuxième lombaires en offrent une autre à convexité postérieure. Le corps de ces vertèbres est comme écrasé dans toute sa largeur; la première lombaire surtout a considérablement diminué de hauteur.

C'est une idée à peu près universellement répandue, que les os sont ramollis dans le rachitisme, et c'est ainsi que l'on explique comment ils cèdent et se courbent en différens sens. L'état des os, sur cette pièce, contredit cette opinion, quant à ce qui concerne les vertèbres. Celles-ci offrent en effet leur cohésion ordinaire, et le stylet ne pénètre en aucun point leur tissu.

On a supposé, sans s'appuyer d'aucun fait, une altération des ligamens inter-vertébraux, une sorte de gonflement scrofuleux et de ramollissement de ces ligamens, qui serait l'origine du plus grand nombre des déviations qu'on observe chez les jeunes sujets. Rien de semblable n'existe sur cette pièce, que l'on peut cependant considérer comme un type des déviations commençantes.

M. Bouvier démontre successivement, sur cette colonne vertébrale, les effets des différentes puissances qui agissent sur les vertèbres, et qu'il représente par des poids diversement placés.

1° Un poids de deux à trois livres, suspendu à l'extrémité supérieure de la colonne, accroît la courbure dorsale et l'inclinaison de l'axe lombaire. Il faut un effort assez grand pour redresser avec les mains la colonne ainsi chargée; on y parvient, au contraire, avec une grande facilité, lorsqu'on a ôté le poids.

Cette expérience est l'image de ce qui arrive dans la station, lorsque la tête, les membres supérieurs et les viscères pèsent sur l'épine, qui résiste alors beaucoup plus au redressement, que dans la position horizontale, où elle est soustraite à cette influence de la pesanteur. Les appareils orthopédiques employés dans la station devront donc, pour conduire au même résultat, développer plus de force que ceux qu'on appliquera dans le décubitus, et détermineront ainsi une pression et une gêne plus considérables que ces derniers.

2° Le même poids suspendu à l'extrémité inférieure de la colonne diminue notablement sa courbure et efface l'inclinaison des lombes. L'action de ce poids représente celle qu'exerce, pendant la vie, une extension légère de l'épine, soit au moyen d'un effort qui tire sur le bassin, soit à l'aide de la suspension gymnastique par les bras.

3° Si à l'action du poids on ajoute l'effort de trois doigts placés vis-à-vis le centre et les extrémités de la courbure, celle-ci se redresse complétement. C'est d'une manière analogue qu'agissent les pressions et les tractions latérales au moyen desquelles le rachis est redressé pendant la vie, comme un arc dont on appuie sur le genou le côté convexe en attirant ses extrémités dans le sens opposé.

4° Le poids étant suspendu perpendiculairement à l'une des extrémités de l'arc décrit par la colonne, qu'on retient horizontalement par l'autre extrémité, donne l'idée de l'effet le plus grand qui puisse résulter d'efforts opposés, agissant transversalement au centre et aux extrémités de la courbure. On voit alors que bien que cette pièce réunisse toutes les conditions les plus favorables à l'action des puissances mécaniques, l'effet d'un poids de sept livres ainsi appliqué se borne à ramener les vertèbres à la ligne droite, et qu'on ne pourrait sans rupture, courber la colonne en sens opposé, comme on a cru le faire dernièrement au moyen du lit de Shaw modifié.

5° En pressant sur la convexité de l'arc, le rachis étant dans l'attitude de la station, on efface l'inclinaison lombaire; mais cet effet résulte uniquement d'un mouvement de totalité de la colonne sur le sacrum, qui ne modifie point la courbure, parce qu'il augmente l'inclinaison de la région dorsale, dans la même proportion qu'il diminue celles des lombes. Telle est la manière d'agir des appareils à inclinaison. Ce n'est que dans les courbures légères qu'on peut attendre de l'action musculaire, pendant la vie, un effort capable de résister à la force avec laquelle l'appareil tend à incliner le haut de la colonne. La méthode d'inclinaison serait encore moins efficace dans une déviation double, où elle ne ferait que déplacer l'axe du rachis par rapport au bassin, sans diminuer en rien les courbures.

(*Extr. du Journal hebdomadaire de médecine*).

Errata du Bulletin Médical Belge.

Page 269, 1re colonne, note 2, ligne 3, au lieu de abandonnant *l'ouvrage* des machines, lisez : abandonnant *l'usage* des machines.

» 2e colonne note, ligne 17, au lieu de . . . . étranglée par *l'écartement* de ces deux côtes, lisez étranglée par *le resserrement* de ces deux côtes.

Page 271, 2e colonne, note, ligne 2, au lieu de *Comment. I. in homm. Hippocr.*, lisez *Comment I. in oper. Hippocr.*

Page 275, 1er colonne, ligne 43, au lieu de contredire un *épiderme problématique*, etc., lisez : un *épiderme possible*

TABLE DES MATIÈRES

CONTENUES DANS CE VOLUME.

BULLETIN MÉDICAL BELGE.

MÉMOIRES ET OBSERVATIONS.

HÔPITAL MILITAIRE DE NAMUR. — I. *Maladie de Bright.* 32 ans, constitution molle, exposition prolongée à un froid humide, anasarque, urines albumineuses, vomissemens incoërcibles, convulsions, mort apoplectique. — Hypertrophie et dégénérescence des reins, état gélatineux de la muqueuse stomacale, ramollissement de la substance cérébrale, infiltration de la méningite. — Observation recueillie par le docteur FALLOT, médecin principal. 255

II. Croup chez un adulte. — Convalescence d'une fièvre grave; angine membraneuse qui envahit le larynx et les bronches.—Insuffisance du sur-sulfate d'alumine d'abord, ensuite d'un traitement antiphlogistique actif. — Mort. —Fausses membranes jusques dans les ramuscules bronchiques. — Observation recueillie à la clinique de M. le docteur Fallot, par M. TOSQUINET, D.-M., médecin adjoint au même hôpital. 258

CLINIQUE DE L'HÔPITAL SAINT-PIERRE, A BRUXELLES. (*Service de M. le docteur* VAN MONS, *médecin en chef.*)

I. Observation de myélite aiguë, recueillie par M. VANSWYGENHOVEN, élève interne. 259

II. Myélite aiguë. (Observation recueillie par M. SIMONART, élève interne. 260.

III. Gastro-entéro-myélite avec commencement de paralysie des jambes; par M. POURCELET, élève de l'Université. *ib.*

IV. Observation de fièvre intermittente quotidienne qui a cédé à l'application des ventouses scarifiées et de cataplasmes laudanisés sur le renflement dorsal de la moelle épinière; recueillie par M. SIMONART. *ib.*

V. Observation de fièvre intermittente, accompagnée d'irritation de la moelle épinière; par le même. 261

VI. Observations de fièvres intermittentes guéries par la phloridzine; recueillies par M. MATTHYSEN, élève interne. *ib.*

SOVET. Cas remarquable de choléra-morbus sporadique. *ib.*

STEYLS. Observations sur la fièvre intermittente qui règne endémiquement dans la commune de Laeken, et particulièrement de la douleur dorsale qui caractérise cette maladie. 263

ACCARAIN. Symptômes de phthisie. — Guérison par le sublimé corrosif. 268

CUNIER (FLORENT). Quelques observations pour servir à l'histoire des luxations scapulo-humérales. *ib.*

CORRESPONDANCE.

Ophthalmologie. — Lettre adressée à M. le rédacteur en chef du Bulletin médical belge, au sujet de M. Eble et ses critiques. 274

LITTÉRATURE MÉDICALE.

Exposé des causes les plus fréquentes de la propagation de la maladie vénérienne, et des moyens à y opposer. Mémoire présenté à M. le ministre de l'intérieur, par la commission permanente du Congrès médical de Belgique. (Analyse par M. le docteur THIRION.) 277

JOURNAUX FRANÇAIS.

LANCETTE FRANÇAISE, GAZETTE DES HOPITAUX.

Ordonnance relative à l'organisation du service de santé des armées en France. (Suite.) 335

ÉCOLE PRATIQUE. (*Cours public d'ophthalmologie de M. Rognetta.*) Deuxième leçon. — Presbyopie. — Lunettes. 341

HÔTEL-DIEU. (*Clinique de M. Chomel.*) Résumé de la clinique médicale pendant l'année scolaire 1835-1836. (Suite.) 344

HÔPITAL NECKER. (*M. Bricheteau.*) Des conférences cliniques de l'hôpital pendant une partie de l'année 1835. (Suite.) — Squirrhe et cancer. 345

SOCIÉTÉ PHRÉNOLOGIQUE. — Sixième séance annuelle. 347

PATHOLOGIE INTERNE. (*Cours de M. Andral.*) Leçons sur les maladies des centres nerveux. 349, 357 et 364.

HÔPITAL DE LA PITIÉ. (*M. Lisfranc.*) Quelques considérations sur la saignée du bras. 350

ÉCOLE PRATIQUE. (*Cours public d'ophthalmologie de M. Rognetta.*) Troisième leçon. — Strabisme. 352 et 360

HÔPITAL D'INSTRUCTION D'ALGER. (*M. Baudens professeur.*) I. Amputation dans le quart inférieur de l'avant-bras, d'après ma méthode mixte; trois points de suture; réunion linéaire; guérison parfaite en 12 jours. 355

II. Amputation partielle du corps de la mâchoire inférieure; guérison parfaite. *ib.*

HÔPITAL SAINT-ANDRÉ DE BORDEAUX. (M. Moulinié, chirurgien en chef.) Extirpation sans manifestation de douleur, d'un cancer fibreux sus-mammaire. 356

HÔTEL-DIEU.—Fragmens de quelques leçons de DUPUYTREN, sur les lésions traumatiques du cœur. 358

LAFARGUE (G. V.). Des bons effets des ventouses à succion appliquées à la réduction des hernies abdominales et au traitement des valvules. 362

ÉCOLE PRATIQUE. (*Cours public d'ophthalmologie de M. Rognetta.*) Quatrième leçon. — Diplopie. 366

BO (de Genève). Sur le traitement de la colique de plomb par l'huile de croton-tiglium. 369

GAZETTE MÉDICALE DE PARIS.

PHILOSOPHIE MÉDICALE. — Rapport sur le concours pour le prix d'anatomie pathologique fondé par PORTAL, au nom d'une commission composée de MM. Andral, Ribes, Cornac, Martin-Solon et Double, rapporteur. 311
MALGAIGNE. Mémoire sur la détermination des diverses espèces de luxations de la rotule, leurs signes et leur traitement. (3e article.) 315
Recherches sur une espèce particulière d'angine, observée récemment dans quelques localités du Wurtemberg. 321
GENEST. Recherches sur quelques points de l'étude de la gangrène pulmonaire. 326
MAYER. Description anatomique d'un hermaphrodite connu tour à tour sous les noms de Marie Dorothée Derier et Charles Durgé. 333
CAZENEUVE. Recherches sur la coïncidence de l'endocardite, de la péricardite avec le rhumatisme articulaire aigu. 336
VINCENZO-COLOSIMO. Sur les pieds-bots congéniaux. 342

JOURNAL HEBDOMADAIRE DE MÉDECINE.

JARDON. Mémoire sur l'onyxis. (Suite et fin.) 181
DELAROCQUE. Traitement de la fièvre typhoïde par les évacuans. 184
LAWRENCE. Du cancer des ramoneurs. 185
JOBERT DE LAMBALLE. Recherches sur la nécrose et la trépanation des os. 186

BULLETIN CLINIQUE.

HÔPITAL DE LA CHARITÉ. (*Service de M. le professeur Andral.*) I. Symptômes de fièvre typhoïde avec altération très-légère du tube digestif et collection purulente entre la colonne vertébrale et le pharynx. — Léger mal de gorge pendant la vie. 61
II. Entéralgie simulant la colique de plomb, chez un individu qui n'avait manié aucune préparation saturnine, guérie par les purgatifs. 63
HÔPITAL DE LA CHARITÉ. (*Service de M. le professeur Velpeau.*) Phlébite. — Traitement par les frictions mercurielles. 64
CAVARRA. De la mauvaise haleine guérie par le sulfate d'alumine. 65

JOURNAL DES CONNAISSANCES MÉDICO-CHIRURGICALES.

A. TROUSSEAU ET H. BELLOC. Des rapports de l'angine laryngée œdémateuse avec la phthisie laryngée. 77
GOLA. Mémoire sur la fréquente coïncidence de l'arthrite avec la péricardite et l'endocardite. 84
VIDAL. Luxation en arrière du coude droit, considérée successivement comme une simple foulure, puis comme une fracture intra-condylienne; perte des mouvemens de l'articulation huméro-cubitale; réduction de la luxation le cent quatorzième jour de l'accident; guérison. 91

REVUE MÉDICALE FRANÇAISE ET ÉTRANGÈRE.

SABATIER. Coup-d'œil sur les conditions les plus favorables au traitement des aliénés. 121
CHASSINAT. De la dilatation partielle du ventricule gauche du cœur. 124
PRUS. Observations d'anévrysme partiel du cœur. 131

ARCHIVES GÉNÉRALES DE MÉDECINE.

LACROIX (ÉDOUARD). Mémoire d'anatomie physiologique et pathologique sur le système veineux considéré chez l'adulte et chez le fœtus. 179
HOURMANN ET DECHAMBRE. Recherches cliniques pour servir à l'histoire des maladies des vieillards. (4e mémoire.) 186
GODIN. Réflexions sur l'œdème considéré comme symptôme dans la gangrène spontanée. 192

LEÇONS DE PHRÉNOLOGIE, PAR F.-J.-V. BROUSSAIS.

Septième leçon. (Suite.) 49
Huitième leçon. 51
Alimentivité. *ib.*
Biophilie. 52
Sécrétivité. 54
Acquisivité. 56
Neuvième leçon. 58
Constructivité. 59
Conclusion sur les instincts et les penchans. 61
Seconde section. — Sentimens. *ib.*
Estime de soi. 62

TRAITÉ DES MALADIES DU FOIE, PAR A. BONNET.

(SUITE ET FIN DE L'OUVRAGE).

Étiologie de l'hépatite. 19
Pronostic. 26
Traitement. 27
Congestions sanguines passives du foie. 30
Hémorrhagies hépatiques. 31
Asthénie hépatique. *ib.*
Atrophie du foie. 32
Calculs biliaires. *ib.*
Colique hépatique. 35
Du mode de production de l'ascite dans les maladies du foie. *ib.*
Maladies des voies d'excrétion de la bile. 36
Ictère. 37
De la bile. 40

ANNALES D'HYGIÈNE ET DE MÉDECINE LÉGALE.

BERGMANN. Réflexions d'une personne qui avait été atteinte d'aliénation mentale, sur sa propre maladie. 73
BOUTIGNY. Suicide par empoisonnement. Exemple remarquable de la possibilité des erreurs judiciaires. 79

BULLETIN GÉNÉRAL DE THÉRAPEUTIQUE.

RENAUD FILS. Du degré de certitude en médecine, et de la nécessité de l'étude continuelle unie à la pratique. 135
De l'action thérapeutique du polygala, et de son emploi en pratique. 137
LISFRANC. Du traitement employé à la pitié dans l'estiomène ou dartre rongeante. 139

REVEILLÉ-PARISE. Études et recherches thérapeutiques sur la goutte. (3e article.) 141
RICORD. Considérations pratiques sur le chancre. 145

JOURNAL DE PHARMACIE.

QUEVENNE. Examen chimique de la racine du polygala de Virginie. 107
LIÉBIG. Sur un acide organique d'une composition nouvelle. 117
ROBIQUET. Notice sur l'acide gallique. 118
KANE. Recherches sur les chlorures et oxides de mercure. 121

JOURNAUX ÉTRANGERS.

THE LANCET.

HOPITAL DU NORD DE LONDRES.

I. Emploi du seigle ergoté. 363
II. Hydriodate de potasse dans le rhumatisme. *ib.*
III. Tumeur anomale de l'abdomen. 364

MEDICO-CHIRURGICAL REVIEW.

BRIGHT. Observations sur une maladie des reins, accompagnée de sécrétion d'urine albumineuse.

KLEINERT'S REPERTORIUM.

KREBS. Quelques mots sur l'emploi du cuprum sulphur dans le croup et la croupine. 370
SCHAIBLE. Quelques observations sur l'effet de la strychnine. *ib.*
SCHMALZ. Du balbutiement et du bégaiement. 371
SOMMER. Des tubercules des testicules. 375
Extraction d'un enfant vivant après la mort de la mère, faite au moyen de la version. *ib.*
BENNEWITZ. Effet salutaire de l'opium dans le rhumatisme aigu. 376.

HUFELAND'S U. OSANN'S, JOURNAL DER PRAKTISCHEN HEILKUNDE.

SIEMERLING. Traitement efficace des ulcères aux pieds de nature chronique. 377
SCHESSINGER. De l'effet des bains de pieds préparés avec les acides nitriques et muriatique dans certaines maladies du foie. 377
FISCHER. Le soufre uni au sel neutre purifié, d'un effet salutaire dans les menstrues et les hémorrhagies supprimées. 378

HEIDELBERGER KLINISCHE ANNALEN.

DORFMULLER. Guérison de blessures graves à la tête sans l'opération du trépan. 379

SCHMIDT'S JARBUECHER DER IN-UND AUSLAENDISCHEN MEDICIN.

KNESCHKE. Plaie de la cornée de l'œil droit, déterminée par une cause toute particulière. 381
KNESCHKE. Du traitement des taches et des ulcères de la cornée. *ib.*
KOEHLING. Trois grossesses chez une femme qui n'avait jamais eu de menstrues. 382
» Idiosyncrasie héréditaire. *ib.*
» Continuation de l'écoulement des règles pendant la grossesse et l'allaitement. *ib*

BIBLIOGRAPHIE GÉNÉRALE.

CHASSAIGNAC. De la circulation veineuse. 143
CHOLET. Mémoire sur la peste qui a régné épidémiquement à Constantinople en 1834, et sur sa non-contagion, avec quelques remarques sur les quarantaines et les lazarets. 144
GIBERT. Manuel des maladies vénériennes. *ib.*
DE LA BERGE et MONNERET. Compendium de médecine pratique, ou exposé analytique et raisonné des travaux contenus dans les principaux traités de pathologie interne. 145
Bulletin bibliographique. *ib.*

SOCIÉTÉS SAVANTES.

Académie royale des sciences. 148
Académie royale de médecine. 151